Rok L. Kraków, dnia 4. lutego 1911. Nr. 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewn. I. B. szpit. św. Łazarza w Krakowie. (Prym. Radca Dr Antoni Krokiewicz)

W sprawie leczenia tężca urazowego wstrzykiwaniami podskórnemi zawiesiny mózgowej.

Napisał

Dr Adam Kramarzyński,

sekundaryusz szpitala.

Wyniki leczenia tężca urazowego dotychczas nie są zadowalniające. Zbyt wielkie zaufanie do swoistego działania surowicy przeciwtężcowej Behringa w bardzo znacznej części zawiodło. Dowodzi tego w ostatnich czasach między innemi sprawozdanie z kliniki chirurgicznej w Giessen, ogłoszone przez Voigta na posiedzeniu Tow. lekarskiego w Giessen, (Berl. kl. Wschft. Nr 1 1909. Über die Serumtherapie des Tetanus); w ostatnich dziewięciu latach stosowano tam surowicę przeciwtężcową u 12 chorych, przyczem 9 chorych zmarło (co odpowiada 75% śmiertelności). Niektórzy, jak np. Friedländer, (Wien. klin. therap. Wschft. Nr 32, 1906) — (i my), — zauważali nawet niekiedy wkrótce po zadziałaniu antytoksyny Behringa bardzo znaczne pogorszenie i nawet zejście śmiertelne, wobec czego mimowoli nasuwa się pytanie, czy surowica przeciwtężcowa nie działa niekiedy nawet szkodliwie na ustrój ludzki. Podobnie i metoda Bacceliego, polegająca na wstrzykiwaniu w najbliższe otoczenie rany 3% rozczynu kwasu karbolowego, częstokroć zawodzi. W ostatnich czasach, zwłaszcza w przewlekłych przypadkach tężca urazowego, mają być spostrzegane korzystne wyniki po zastosowaniu wstrzykiwań pod opony rdzeniowe 5 cm^3 25% rozczynu siarkanu magnowego (Blanke-Robinson, Franke, Małaniuk *). Zbyt szczupła jednak liczba przypadków wyleczonych i ogłoszonych, a przytem częstokroć zbyt wielkie trudności przy wykonywaniu tego zabiegu leczniczego, nakazują wstrzymać się od stanowczego sądu co do wartości leczniczej tej metody w przypadkach tężca urazowego.

W r. 1898 ogłosił Wassermann i Takaki spostrzeżenie, iż jad tężcowy okazuje szczególne powinowactwo do komórek mózgowych i rdzenia przedłużonego. Wyniki doświadczeń Wassermanna i Takakiego na zwierzętach i w rurce odczynnikowej zastosował pierwszy Krokiewicz i do leczenia tężca u ludzi, wstrzykując podskórnie chorym na tężec urazowy zawiesinę mózgu króliczego. Pierwsze pomyślne wyniki ogłosił też Krokiewicz w »Nowinach lekarskich« (Nr 9 i 10, 1898). W ślad za nim przypadki wyleczenia tężca urazowego opisali: Schramm (Przegląd lek. Nr 3, 1899, Kadyi (3 przypadki, Przegląd lek. Nr 39 i 47, 1899), Żupnik z kliniki Pribrama w Pradze (Prag. med. Wschft. Nr 24 i 25 1899), Schuster z kliniki Mendla w Berlinie, (Berliner klin. Wschft. Nr 47, 1899), Eliasz Radzikowski z kliniki Gluzińskiego we Lwowie (Przegląd lek. Nr 25, 1902), Hołobut (Przegląd lek. Nr 10—11, 54, 1904).

Ponieważ na oddziale I. B. chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza w Krakowie i nadal stosowano wstrzykiwania podskórne zawiesiny mózgowej obok leczenia objawowego u chorych na tężec urazowy i otrzymywano wcale korzystne wyniki, przeto uważam za stosowne podać do wiadomości wszystkie przypadki, leczone na tym oddziale w ciągu ostatkich 13 lat.

Pięć przypadków opisał już Prym. Dr Krokiewicz w polskich i niemieckich czasopismach lekarskich (Nowiny lekarskie Nr 9 i 10, 1898, Przegląd lekarski Nr 25, 1899; Gazeta lekarska Nr 7 1900, Wiener klin. Wochenschr. Nr 34, 1898, Nr 28, 1899, Nr 32, 1900). Na tych 5 przypadków w 4 stosowano wstrzykiwania podskórne zawiesiny mózgowej, przyczem w 3 nastąpiło wyleczenie, a w jednym zejście śmiertelne. W jednym przypadku dla porównania leczono antytoksyną przeciwtężcową Bujwida z wynikiem pomyślnym. Wszystkie przypadki miały ciężkie nasilenie, a okres wylęgania wynosił 2, 5, 6, 7, 14 dni.

Obecnie przytaczam dalsze przypadki, leczone aż po dzień dzisiejszy.

1) Stanisław D. lat 14, syn rzeźnika, z Piasków pod Krakowem, odpowiednio do wieku dobrze rozwinięty i odżywiony. Według wywiadów miał się skaleczyć w lewą podeszwę przed 2 tygodniami. W 6 dni po skaleczeniu wystąpiły napady tężca, ograniczające się do mięśni powłok brzusznych, lędźwi i kończyn. Ponieważ napady coraz częściej się powtarzały i coraz silniej występowały, a środki lekarskie, w domu stosowane, zawodziły, chory zgłosił się do szpitala. Badanie chorego w szpitalu, dokonane w siódmym dniu choroby, t. j. 12. X. 1905, wykazało objawy tężca urazowego w znacznem nasileniu, a zwłaszcza bardzo znaczny szczękościsk, sztywność kręgosłupa, kończyn górnych i dolnych, zupełną niemożność połykania pokarmów stałych i płynnych, silne bóle mięśniowe i bardzo wzmożoną wrażliwość mięśniową na wszelkie podniety. Oddawanie moczu i stolca utrudnione. L. oddechów 36, tętno 120, drobne. Język suchy. Ciepłota 37·6° C.

Choremu podano aspirynę (co 3 godziny po 0,50), brom, czopek morfinowy (0,01) na noc, tudzież zastosowano

*) Lwowski Tygodnik lek. Nr 4 i 5, 1910.

wstrzykiwania zawiesiny mózgowej królika. Już po 2. wstrzyknięciu chory czuł się swobodniejszy, a po 5 wstrzyknięciach zawiesiny mózgowej napady tężca znacznie się zmniejszyły i chory mógł swobodnie otwierać usta, przyjmować pokarmy półpłynne i spać w nocy. Po 7 wstrzyknięciach napady zupełnie ustąpiły na 24 godzin. Wogóle do zupełnego usunięcia przypadków chorobowych wystarczyło w całości 9 wstrzyknięć zawiesiny mózgowej. Chory znosił ten zabieg bardzo dobrze i sam się go domagał, doznając po nim ulgi. W przebiegu wstrzykiwań wytworzyły się 2 ropnie na powłokach brzusznych, którym towarzyszyło krótkotrwałe podwyższenie ciepłoty do 39° C; zresztą ciepłota ciała wynosiła najwyżej 37·6 C, a tętno wahało się około 110 uderzeń na minutę. Chory opuścił szpital zupełnie wyleczony w dniu 18. XI. 1905 r.

2) Gertruda D., l. 62, przyjęta do szpitala dnia 6. X. 1906. Przed tygodniem po przebudzeniu się doznała bólów i sztywności w karku, a przez dzień następny wystąpiły wszystkie objawy tężca. Miejsca skaleczenia odszukać nie można. Chora bardzo wynędzniała; znaczny szczękościsk, stężenie karku i napadowe kurcze tężcowe w kończynach górnych, dolnych, mięśniach kręgosłupa i powłok brzusznych; prócz tego stwierdzić można ogniskowe zmiany zapalne w dolnym płacie płuca lewego. Z początku zastosowano dziennie 3.00 aspiryny, a podskórnie morfinę 0.01, a gdy to nie pomogło, wstrzykiwania podskórne zawiesiny mózgowej.

W czasie od 10. X—24. X. zastosowano 12 wstrzyknięć zawiesiny. Już po drugiem napady tężca nieco zwolniały, a po następnych stopniowo stan chorej coraz bardziej się polepszał, tak iż zupełnie wyleczona opuściła szpital 18. XI. 1906. W ciągu leczenia ciepłota ciała utrzymywała się przeważnie na wysokości 37·4° C — 37·6° C, raz tylko doszła do 38° C z powodu wytworzenia się po wstrzyknięciu nieznacznego ropnia na udzie prawem. Liczba oddechów wahała się między 18—20, a tętna między 96—112.

3) Teofil D., l. 20 liczący, przyjęty dnia 14. XI. 1906. Według wywiadów miał się skaleczyć na grzbiecie prawej ręki przed kilku tygodniami; od 7 dni objawy tężca urazowego w zakresie wszystkich mięśni tułowia.

Przy pierwszem badaniu stwierdzono ciepłotę ciała 38·3° C, tętno 120, oddechów 40 na minutę, oraz w płucach w obydwóch dolnych płatach rozległe ogniska zapalne. W ciągu dwu i pół dniowego pobytu w szpitalu, t. j. w dniach 14, 15 i 16 listopada 1906, wstrzyknięto choremu podskórnie zawiesinę mózgu królika i podano wewnętrznie aspirynę, a podskórnie morfinę.

Po pierwszem wstrzyknięciu chory przełykał nieco lepiej; szczękościsk i napady kurczów w mniejszem nasileniu. Trzeciego dnia zejście śmiertelne wśród objawów dusznicy i ciepłoty ciała 39·6° C; tętno wynosiło zawsze 120. Oględziny pośmiertne, dokonane w zakładzie anatomii patolog. Uniw. Jag., stwierdziły w tym przypadku zapalenie płuc. Rozpoznanie sekcyjne opiewa: »Pneumonia hypostatica lobi inferioris pulmonis utriusque. Degeneratio cerea musculorum rectorum abdominis«.

4) Edward G., l. 45 liczący, ślusarz z Krakowa. Dobrze odżywiony i silnie zbudowany. Przyjęty dnia 11. III. 1909. Przed 2 tygodniami doznał zmiażdżenia 2. i 3. palca ręki prawej i był leczony początkowo na oddziale chirurgicznym. Od kilku dni objawy ogólnego tężca urazowego. Liczba tętna 90, oddechów 24, ciepłota ciała 39·9° C. Choremu podano wewnętrznie dziennie 3.00 aspiryny, kofeinę, czopki morfinowe, oraz polecono 2 razy na dzień przez $^1/_2$ godziny kąpiele prawej ręki w $^1/_2$% rozczynie kreoliny, a oprócz tego zastosowano wstrzykiwania zawiesiny mózgowej w czasie między 11. III. a 26. III.

Już po 2. wstrzyknięciu chory lepiej połykał i łatwiej mówił, otwierał usta na $^1/_2$ cm. i wogóle napady były słabsze. Po 8 wstrzyknięciach napady tężca w słabszem stosunkowo nasileniu ograniczają się tylko do kończyn dolnych. Do usunięcia tężca wystarczyło 12 wstrzyknięć podskórnych zawiesiny mózgowej, napady zupełnie ustąpiły, chory czuł się swobodny — i dalsze zdrowienie szybko postępowało już tylko przy podawaniu codziennie 2 łyżek 10% rozczynu bromku potasu. Przez cały czas leczenia nie zauważono żadnego powikłania; rany na palcach przy stosowaniu kąpieli kreolinowej goiły się prawidłowo; ciepłota ciała również była prawidłowa; liczba oddechów 18, tętno 72, regularne i prawidłowo napięte. Chory opuścił szpital 21. IV. w stanie zupełnego ozdrowienia.

5) Zofia K., l. 18, służąca ze Zwierzyńca (Kraków). Przed 2 tygodniami miała się skaleczyć w ogrodzie w prawą podeszwę, poczem w 3 dni doznała uczucia sztywności w mięśniach tułowia i karku, a mniej kończyn dolnych. Od tygodnia wskutek kurczów nie może połykać ani płynów, ani stałych pokarmów. Przyjęta do szpitala 13. V. 1909. Badanie wykazało przy silnej budowie i dobrem odżywieniu objawy ogólnego tężca w znacznem nasileniu. Chorej podano wewnętrznie kofeinę, 3.00 aspiryny na dzień i co 2-gi dzień laksatywę, oraz zastosowano podskórnie wstrzykiwania zawiesiny mózgowej. Już po 3. wstrzyknięciu chora czuła się znacznie lepiej, oddała mocz po raz pierwszy dowolnie; sen i przełykanie lepsze; napady kurczów w mięśniach tułowia i kończyn słabsze. Po 10 wstrzyknięciach napady tężca znacznie rzadsze i lżejsze, — a chora śpi dobrze po zażyciu 0.01 sulfonalu i 0.01 morfiny. Po 12. wstrzyknięciu stan chorej tak dalece dobry, że dalszych wstrzykiwań zawiesiny mózgowej zaprzestano. Chora opuszcza szpital 19. VI. 1909 zupełnie wyleczona. Przez cały czas leczenia nie zauważono żadnego powikłania, ciepłota ciała prawidłowa, tętno wahało się około 100.

6) Fryneta P., l. 14, zamieszkała w Będzinie (Król. Pol.), dość dobrze odżywiona, została przyjęta do szpitala d. 21. VI. 1910. Przed 3 tygodniami poddała się przecięciu ropnia pozapołykowego w Katowicach i na 3. dzień po tym zabiegu miały wystąpić objawy tężca urazowego. W pierwszym dniu pobytu w szpitalu napady tężca były tak silne, iż wszelkie dokładniejsze badanie było stanowczo niemożebne. Napady kurczów tężcowych ograniczały się głównie do grupy mięśni twarzowych i kręgosłupa. Oddawanie moczu i kału bezwiedne. Bezsenność. Chorej podano wodanu chloralu 2.00 w lewatywie, a oprócz tego 3.00 aspiryny wewnętrznie obok bromku sodu i wstrzykiwań morfiny. Ponieważ napady coraz bardziej się wzmagały, przystąpiono do stosowania wstrzykiwań podskórnych zawiesiny mózgowej. Już po 2. wstrzyknięciu mogła chora poruszać głową, otwierać nieco usta i wykonywać słabe ruchy rękami i nogami, a po piątem chora w nocy wcale dobrze spała i otwierała usta na 0·5 cm. Po 7. wstrzyknięciu bardzo wybitne ogólne polepszenie, napady kurczów rzadsze (co 1 godzinę) i znacznie słabsze. Po 9. wstrzyknięciu stan chorej tak się polepszył, iż zaprzestano wstrzykiwań zawiesiny mózgowej. Odtąd chora z każdym dniem przychodziła coraz bardziej do sił i w dniu 12. VII. z. r. zupełnie wyleczona opuściła szpital.

Rozpatrując się dokładniej w przytoczonych powyżej przypadkach chorobowych, nie możemy zaprzeczyć, że stosowanie podskórne zawiesiny mózgowej u chorych na tężec urazowy obok równoczesnego leczenia objawowego daje wcale korzystne wyniki. Na oddziale naszym w ciągu ostatnich 13 lat leczono w ten sposób 10 chorych, przyczem w 7 przypadkach, t. j. 70%, chorzy zupełnie ozdrowieli a w 3 przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne. W 2 przypadkach, w których nastąpiło zejście śmiertelne, można było już przy pierwszem badaniu stwierdzić objawy zapalenia płuc. Na 10 chorych, dotkniętych tężcem urazowym i leczonych wstrzykiwaniami podskórnemi zawiesiny mózgowej, w 9 przypadkach można było stwierdzić ciężkie nasilenie

sprawy chorobowej ze względu na groźne przypady tężca, krótki okres wylęgania (7), powikłania ze zmiażdżeniem członków.

W każdym razie, stosując w analogicznych trzech innych przypadkach tężca urazowego leczenie surowicą przeciwtężcową, mogliśmy bez wszelkiego uprzedzenia stwierdzić wyniki o wiele gorsze, gdyż z tych 3 przypadków tylko w jednym nastąpiło wyleczenie, natomiast w 2 zejście śmiertelne. Przytem na korzyść leczenia wstrzykiwaniami zawiesiny mózgowej przemawia bardzo to, iż daje się ono wykonać z łatwością i bez wszelkiego ujemnego działania dla chorego.

Wogóle postępujemy na oddziale naszym w następujący sposób.

Po zabiciu zdrowego i o ile możności wielkiego królika wyjmuje się mózg w całości z jamy czaszkowej i oczyszcza ze skrzepów krwi, opłukując zimnym, wyjałowionym rozczynem soli kuchennej 0·85%. Następnie przystępuje się do wytworzenia zawiesiny, mianowicie rozciera się w moździerzu poprzednio wyjałowionym i oziębionym całą masę mózgową, dodając do niej po troszce wyjałowionego rozczynu soli kuchennej 0·85% aż do objętości około 10 cm³. Czas potrzebny do uzyskania zawiesiny wynosi około 15 minut. Otrzymaną zawiesinę przecedza się przez wyjałowiony kawałek gazy i wstrzykuje się przesącz w tkankę podskórną brzucha lub uda chorego, zachowując ściśle zasady aseptyki. Przy takiem postępowaniu zazwyczaj nie wytwarzają się ropnie w miejscu wstrzyknięcia. Aby jednak i temu zapobiedz, wskazanem jest na miejscu wstrzyknięcia zawiesiny zastosować następnie okład z octanu glinowego, dopóki zawiesina nie zostanie zupełnie wessana.

W bardzo rzadkich przypadkach wytwarzające się ropnie należy usunąć przez nacięcie i zastosowanie ssawek Klapp-Biera. Wstrzykiwania wykonywa się codziennie. Do uzyskania odpowiedniego wyniku leczniczego potrzeba wykonać od 7—12 wstrzyknięć.

W końcu dla ilustracyi działania surowicy przeciwtężcowej uważam za stosowne przytoczyć w krótkości dwa następujące pzypadki, z których pierwszy miał nasilenie miernego stopnia. W obu przypadkach odnieśliśmy wrażenie, że wkrótce po zastosowaniu surowicy przeciwtężcowej wystąpiło bardzo znaczne pogorszenie, które zakończyło się zejściem śmiertelnem.

α) Władysław M., l. 14 liczący, syn stolarza z Gorzkowa, przyjęty 20. VIII. 1906. Przed 12 dniami skaleczył się w prawą stopę; od 2 dni wystąpiły napadowe kurcze w karku wraz ze stężeniem szyi i szczęki dolnej. Przy badaniu stwierdzono silny szczękościsk, tudzież tężec wszystkich mięśni tułowia, napadowo występujący po zadziałaniu jakiejkolwiek zewnętrznej podniety. Liczba tętna 120, ciepłota ciała 37·5° C. Dnia 21. VIII. wstrzyknięto 7 flaszeczek surowicy przeciwtężcowej, otrzymanej z zakładu higieny Prof. Bujwida i podano wodan chloralu w lewatywie oraz podskórnie morfinę.

Stan chorego pogorszył się. Dnia 22. VIII. wstrzyknięto 4 flaszeczki surowicy. Chory coraz niespokojniejszy, napady coraz częstsze i gwałtowniejsze, bezsenność, a z tem i wyczerpanie sił chorego, — wreszcie 23. VIII. nad ranem zejście śmiertelne. Oględziny zwłok, dokonane w Zakładzie anatomii patol. Uniw. Jag., stwierdziły: »Vulnus scissum plantae pedis d. Hyperaemia hypostatica pulmonis utriusque. Degeneratio parenchymatosa hepatis ac myocardii. Degeratio adiposa renum. Degeneratio cerea musculorum rectorum abdominis«.

β) Jan L., l. 31, wyrobnik, zamieszkały w Woli Duchackiej (Kraków), przyjęty 11. III. 1909. Miejsce skaleczenia i czas niewiadomy. Od tygodnia szczękościsk, sztywność karku i napadowe kurcze tężcowe w powłokach brzusznych, konczynach górnych oraz dolnych. Ciepłota ciała 37·6° C, tętno 120. Zastosowano surowicę Behringa, poczem napady tężca bardzo się spotęgowały. W nocy tejsamej doby zejście śmiertelne. Oględziny pośmiertne, dokonane w Zakładzie anatomii patol. Uniw. Jag., stwierdziły: »Tumor lienis acutus. Fragmentatio myocardii. Degeneratio adiposa hepatis. Infarctus haemorrhagicus lobi inferioris pulmonis utrqu. Hyperaemia passiva renum, meningum et cerebri«.

Za odstąpienie materyału klinicznego, zachętę do niniejszej pracy i cenne wskazówki poczuwam się do obowiązku złożyć Prym. Dr A. Krokiewiczowi szczere podziękowanie.

Z kliniki okulistycznej Uniwersytetu Jagiell. w Krakowie. (Dyr. R. dw. Prof. Wicherkiewicz).

Ospica krowiankowa narządu wzrokowego.

Podał

Dr Edmund Rosenhauch,
asystent kliniki.

(Dokończenie).

Przebieg cierpienia na spojówce podobny jest do przebiegu na brzegu powiekowym. I tu powstają powierzchowne owrzodzenia o dnie nacieklem, podobne do nalotów błoniczych, jednakże ustępują zazwyczaj bez pozostawienia blizn. Tak. jak wogóle w przypadkach ospicy krowiankowej, tak i tu występuje znamienny obrzęk i bolesność gruczołu przyusznego.

O ile rokowania w przypadkach ospicy powiek, brzegu powiekowego jest prawie z reguły dobre, staje się nieco mniej pewnem w przypadkach zajęcia spojówki, a to ze względu na nierzadkie powikłania ze strony rogówki. Pierwotna bowiem ospica krowiankowa rogówki zdarza się zupełnie wyjątkowo. Wtórne powikłanie ze strony rogówki jest dość częste. W naszych 9 przypadkach wystąpiło 3 razy. Zmiany, występujące na rogówce podczas ospicy krowiankowej, mogą być dwojakie: albo powstają powierzchowne nacieki (keratitis superficialis vasculosa n. p. 3 przez nas spostrzegane przypadki), albo również powierzchowne przybrzeżne owrzodzenie sierpowate, gojące się bez pozostawienia żadnych. lub tylko z pozostawieniem bardzo delikatnych plamek. Jest to łagodniejsza postać. O wiele poważniejszem cierpieniem jest zapalenie miąższowe rogówki (Keratitis profunda postvaccinolosa — Schirmer). Występuje ono w postaci głębokich zmętnień rogówki, pierścieniowato ułożonych, czasem tworzą się nadto kreskowate wysycone nacieki. Wszystkie te zmiany sadowią się tuż pod błoną Descemeta w miąższu rogówki. Na błonie Descemeta wytwarzają się niejednokrotnie punkcikowate naloty. Tęczówka jest wówczas przekrwiona, zapalona. Nawet w razie pomyślnego zejścia tej sprawy chorobowej, z reguły pozostają dość wysycone

zmętnienia rogówki, przyczyniające się do upośledzenia bystrości wzrokowej.

Schirmer sądzi, że powierzchowne postacie zapalenia rogówki w przebiegu ospicy krowiankowej są wywołane zakażeniem mikrobami ropotwórczymi, podczas gdy przyczyny postaci głębokiej szukać należy we wniknięciu swoistego zarazka ospy (Cytoryctes variolae Guarnieri).

Z wyjątkiem zatem tej jednej postaci zapalenia rogówki, rokowanie w przypadkach ospicy narządu wzrokowego jest prawie z reguły pomyślne. Łagodne zejścia i niemal zupełna »restitutio ad integrum« zmian powiek i spojówek znajdują wytłumaczenie w badaniach anatomicznych tych przypadków.

Z badań tych (Fröhlich, Schirmer) dowiadujemy się że białawy nalot owrzodzeń ospówkowych składa się z siatki nitek włóknika, w której oczkach znajdują się liczne ciałka białe i mikroby, zwłaszcza paciorkowce. Nieco głębiej bywa tkanka mniej przepojona włóknikiem, a nadto znajdują się pojedyncze grupy komórek nabłonkowych, które należą najprawdopodobniej do siatki Malpighiego. Jądra komórek barwią się jeszcze dobrze, nigdzie nie można stwierdzić martwicy, dochodzącej aż do ciała brodawkowego. Warstwa ta jest zatem niezajęta. Stąd też pochodzi wyleczenie bez pozostawienia blizn. Naokoło brodawek włosowych liczne paciorkowce, co może wytłómaczyć wypadnięcie rzęs.

O ile przebieg był cięższy, to prawie z reguły zależało to od zakażenia mieszanego. Tutaj zaliczyć należy przypadek, opisany przez Tertscha, który zakończył się obumarciem skóry powiek, części brzegu powiekowego z rzęsami i stąd znacznem skróceniem powiek. Tutaj zaliczyć należy też chorego, opisanego przez Blochmanna, który chorował na wyprysk, a u którego po szczepieniu owrzodzenia ospówkowe rozpostarły się po całem ciele wśród ciężkich objawów ogólnych i gorączki. W przeciągu kilku dni wystąpiło prawie zupełne zmętnienie miąższu rogówki. Po kilku dniach naciekła rogówka uległa przedziurawieniu. W przypadku, opisanym przez Calhouna, był przebieg wykwitów ospówkowych początkowo prawidłowy; później jednak sprawa przeszła na rogówkę i zakończyła się zupełnem zniszczeniem całej gałki. Schwabe opisuje u dziecka w 8 dni po szczepieniu ospicę krowiankową na brzegu powiekowym. U dziecka tego doszło w następstwie do ropnego zapalenia całej gałki ocznej (panophthalmitis). Śmiertelnie przebiegający przypadek ospicy krowiankowej spostrzegał Stengel. Półtoraroczne dziecko z wypryskiem na twarzy i głowie, nieszczepione, zakaziło się od swych świeżo szczepionych braci (prawdopodobnie we wspólnej kąpieli). Powstało ciężkie ogólne zakażenie ospówkowe, które w przeciągu kilku dni doprowadziło do zgonu. Sekcya wykazała między innemi zmianami silne zmętnienie rogówki.

Etyologia ospicy nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniona. Van der Loeff i Pfeiffer opisali amebę, którą znaleźli w zawartości owrzodzeń ospowych na skórze, zarówno w przebiegu prawdziwej ospy, jak i w owrzodzeniach poszczepiennych. Guarnieri wszczepił krowiankę w rogówkę królików, poczem w tem miejscu wytworzyło się małe zmętnienie, składające się ze zgrubiałego nabłonka rogówki. Ze zmętnienia tego po 3—4 dniach powstało owrzodzenie. W komórkach zgrubiałego nabłonka rogówki, widać było obok jąder małe ciałka, silnie światło łamiące, które wykonywały w świeżym stanie na ogrzanym stoliku przedmiotowym pełzakowate ruchy. Guarnieri uważa twory te za pasożyty i nazywa je »Cytoryctes vaccinae«. Spostrzeżenia te z wielu stron potwierdzono; niestety dotąd nie udało się mikrobów tych otrzymać w stanie czystym i czystą hodowlą wykonać doświadczenia. We wnętrzu owrzodzeń ospówkowych napotyka się zwykłe mikroby ropotwórcze, a więc gronkowce i paciorkowce, choć opisano również przypadki, w których stwierdzono inne mikroby, jak bakterye błonicy (Wicherkiewicz) lub rzekomo błonicze (nasz przypadek 9). W przypadku 8 i 9 zeskrobaliśmy nieco nacieku rogówkowego, szukając w komórkach nabłonka rogówkowego tworów Guarnierego. Wynik jednakże tych poszukiwań był ujemny. Przeważnie napotykaliśmy komórki drobne, okrągłe i nieliczne, rozrzucone gronkowce. Przemawiałoby to za zapatrywaniem Schirmera, który powierzchowne zmiany rogówkowe, występujące w przebiegu ospicy krowiankowej, uważa za skutek zakażenia mieszanego. Z dalszych doświadczeń wspomnieć jeszcze należy o badaniach Schirmera, który przeszczepiał odrobinę z nacieków rogówkowych (z przypadków »keratitis postvaccinalosa«) na rogówkę królików i morskich świnek. U królików tkanka rogówki napęczniała, wytworzył się szary naciek, który jednakże niebawem ustąpił. U morskich świnek natomiast powstała typowa »keratitis postvaccinolosa chronica«. Wspomnieć wreszcie należy jeszcze choćby pokrótce o doświadczeniach Wasielewskiego na rogówkach królików. Najpierw wykonał on doświadczezenia kontrolne, stwarzając jałowe zranienia rogówki. Okazało się przytem, że w miejscu zranienia tyle się nabłonka na nowo wytworzyło, ile właśnie było potrzeba do wypełnienia zadanej rany. Doświadczenia podobne, wykonane przy użyciu krowianki, przekonały o istnieniu wewnątrz komórek tworów, opisanych przez Guarnierego. Dalej przekonano się, że ciałka Guarnierego występują w rogówce królika zdrowego po zaszczepieniu kawałka rogówki zakażonej krowianką. Po zaszczepieniu tak zmienionej rogówki na skórę cieląt występowały owrzodzenia, wielce przypominające wykwity ospicy krowiankowej. Wasielewski uważa cykl tych doświadczeń za dowód, że w nabłonku rogówki królików twory Guarnierego nietylko się rozmnażają, ale zachowują także swą jadowitość.

Rozpoznanie ospicy krowiankowej rzadko napotyka na trudności, o ile się wogóle o tem cierpieniu pamięta. Nadżarcia kwasami albo zasadami, które mogą to cierpienie przypominać, można na podstawie wywiadów wyłączyć. Pod względem rozpoznania różniczkowego wchodzą w grę: ospa prawdziwa, pierwotny wrzód kiłowy i wrzód miękki, błonica i pęcherzyca.

Przedewszystkiem wywiady zwrócą naszą uwagę na tło cierpienia ocznego. Poza tem podczas ospy prawdziwej zwykle występują owrzodzenia na całem ciele. Wrzód kiłowy pierwotny nie przebiega wśród tak silnych objawów zapalnych, dno jego i brzegi są twardsze, i nie jest on pokryty nalotem, dającym się zdjąć. Gruczoł przyuszny w tym przypadku jest obrzmiały, ale przy kile jest niebolesny. Wrzód miękki jest stożkowaty, bardziej oporny leczeniu. (Wywiady!). W przypadku owrzodzenia błoniczego, dno po zdjęciu błony jest szaro naciekłe, nierówne, dno owrzodzenia ospówkowego jest różowe, lekko ziarniste, krwawi. Również badanie bakteryologiczne w przypadku podejrzanym

co do błonicy będzie wielce pomocne przy rozpoznaniu. Pęcherzyca jest cierpieniem przewlekłem, wyjątkowo ogranicza się do samego narządu wzrokowego i kończy się zwykle znacznem skurczeniem worka spojówkowego.

Rokowanie jest przeważnie dobre, o ile tylko powieki i spojówka są zajęte, staje się gorszem, jeśli następuje powikłanie ze strony rogówki. Zmiany powierzchowne rogówki są daleko łagodniejsze i zwykły się goić szybko, natomiast głębokie postacie zapalenia z reguły pozostawiają trwałe zmętnienie rogówki upośledzające bystrość wzroku.

Leczenie przedewszystkiem nie powinno być drażniące. Opłukiwanie wodą borową, łagodnymi przetworami srebrowymi, jak elektralgol, kolargol, sofol, ewentualnie proszek jodoformowy, zwykle zupełnie wystarczają. W przypadkach powikłań ze strony rogówki należy oczywiście stosować atropinę i ciepłe okłady, a o ileby pozostały plamy, leczyć następnie dioniną i żółtą maścią rtęciową.

Najważniejszą rzeczą jest jednak zapobieganie. Dlatego pragnę pod koniec wspomnieć o tem, na co r. dw. Prof. Wicherkiewicz tylokrotnie zwracał uwagę, a czemu dał wyraz w niedawno ogłoszonej pracy, aby zachęcić lekarzy zajmujących się szczepieniem, by pamiętali otoczenie małych chorych przestrzedz przed niebezpieczeństwem zakażenia oka zarówno dla dziecka, jak i dla innych. Można bowiem z łatwością przez założenie odpowiedniego opatrunku na szczepione miejsce usunąć grożące niebezpieczeństwo.

Piśmiennictwo. 1) Alexander. Münch. med. Wochenschrift 1906. — 2) Aron. Klin. Monatsbl. f. Augenh. Bd. 44. — 3) Bednarski. Tyg. lek. 1910. — 4) Boehler. Dissert. Inaug. Breslau. 1906. — 5) Calhoun. Ref. Centralbl. f. Augenh. 1882. — 6) Cohen. Wiener klin. Woch. 1894. — 7) Critschett. Medical Examiner 1876. — 8) Decker. Zeitschr. f. Augenh. Bd. IX. — 9) Eagleton. Jahresber. über Opht. Bd. 27. — 10) Eichhof. Deutsche med. Woch. Nr 35. 1909. — 11) Fröhlich. Archiv f. Augenh. Bd. 33. — 12) v. Förster. Münch. med. Woch. 1900. — 13) Grenouw. Hdb. Graefe-Saemisch XI. 1904. — 14) Hirschberg. Arch. f. Augenh. 1879. — 15) Centralbl. f. prakt. Augenh. 1895. — 16) Centralbl. f. prakt. Augenh. 1892. — 17) Hölzl. Münch. med. Woch. 1907. — 18) Jacqueau. Klin. Monatsbl. f. Augenh. Bd. XLIV. — 19) Kayser. Klin. Monatsbl. f. Augenh. Bd. XLIII. — 20) Laqueur. Jahresber. ü. Ophth. 1900. — 21) Menzies et Jamson. Brit. med. Journ. 1907. — 22) Pihl. Klin. Monatsbl. f. Augenh. Bd. XXXVIII. — 23) Purtscher. Centrbl. f. prakt. Augenh. 1895. — 24) Rost. Inaug.-Diss. Würzburg. 1896. — 25) Schapringer. New-Jorker med. Woch. 1890. Centralbl. f. prakt. Augenh. 1895. — 26) Schirmer. Ophthalmolog. Gesellschaft Heidelberg 1891. Arch. f. Ophth. Bd. 59. Deutsche med. Woch. 1903. — 27) Schmidt-Rimpler. Münch. med. Woch. 1906. — 28) Segal. Jahresber. üb. Ophth. 1900. — 29) Stehrath. Jahresber. üb. Ophth. 1900. — 30) Story. Brit. med. Journ. 1907. — 31) Tertsch. Wiener klin. Woch. 1908. — 32) Thompson. Transact. of the ophthalm. Soc. XII. 1891. — 33) Wasielewski. Zeitschr. f. Augenh. Bd. VIII. — 34) Wicherkiewicz. Aerztl. Standesztg. Nr 9 1910. — 35) Zimmermann. Arch. of ophthalm. 1891.

Oceny i sprawozdania.

Najnowsze biologiczne metody rozpoznawcze gruźlicy

(Przegląd krytyczny)

podał

Dr Jan Nowaczyński

demonstrator kliniki lekarskiej Uniw. Jag.

(Ciąg dalszy).

Odczyn skórny.

Metodę Pirqueta uznać trzeba niewątpliwie za znaczny postęp, jeżeli się zważy, jak skomplikowane w porównaniu z nią, a jak poważnemi niekiedy następstwami zagrażające są zwykłe wstrzykiwania tuberkuliny; przy odczynie tym bowiem odpadają objawy ogólne, oraz wzniesienie ciepłoty. Technika odczynu jest zupełnie podobna do techniki szczepienia. Według Pirqueta (przepis oryginalny) przedstawia się ona następująco: Na oczyszczonej eterem skórze przedramienia umieszcza się zapomocą pipety w pewnej odległości od siebie 2 krople rozczynu tuberkuliny, w mieszaninie, sporządzonej z jednej części 5% gliceryny karbolowej i 2 części soli fizyologicznego rozczynu soli; następnie nakłuwa się skórę w trzech miejscach poprzez owe dwie krople, oraz między niemi (kontrola) zapomocą osobnego nożyka (Impfbohrer), wyżarzonego w płomieniu. Tuberkulina musi pozostawać przez kilka minut w zetknięciu z miejscem szczepienia. Wynik odczynu sprawdza się w ciągu trzech następnych dni. Można również posługiwać się wcale wygodnie do tego szczepienia wakcynostylem (w formie pióra stalowego o końcu spłaszczonym), używanym przez lekarzy francuzkich, zapomocą którego robi się delikatne nacięcie lub nakłucie (scarification) naskórka w tem miejscu, gdzie później umieszcza się kroplę tuberkuliny czystej, lub z gliceryną.

Ferrand i Lemaire (Presse medicale 28. września 1907), którzy podali ów sposób, wymagają, by przytem z ranki wydobyło się nieco krwi.

Jeśli odczyn jest dodatni, pojawia się po upływie 6—15 godzin guziczek (papula) czerwony, niekiedy z pęcherzykami, który znika po dobie; niekiedy dopiero w drugim dniu ukazują się małe pęcherzyki. Wogóle zmiany, występujące tu na skórze, są podobne do pęcherzyka ospowego i podobnie kończą się (zaschnięciem i odpadnięciem).

W odczynie skórnym rozróżnić można trzy stopnie:

1. Odczyn słaby: zaczerwienienie o rozległości 4—6 milimetrów ze środkiem w formie guziczka wyczuwalnego, obwódka słaba (halo).

2. Odczyn średni: zaczerwienienie rozleglejsze 6—12 milim. średnicy, drobne pęcherzyki, obwódka utrzymająca się 5—6 dni.

3. Odczyn silny: guzik twardy 2—3 cm.; obwódka rozległa, często zasiana drobnymi, wtórnymi pęcherzykami, nieraz obrzęk pokrzywkowaty.

Czasem spostrzega się odczyn silniejszy jeszcze, połączony z podbiegnięciem krwawem, lecz są to przypadki bardzo rzadkie.

Histologicznie badali zmiany, wywołane przez odczyn skórny Klingmüller (Berl. klin. Wochs. Nr 34, 1908, str. 778, oraz Ferrand i Lemaire (l. cit.). Pierwszy opisał gruzełki w skórze w miejscu zaszczepienia jadu gruźliczego, czego jednak drudzy znaleść nie mogli; stwierdzili oni natomiast naokoło ranki szczepiennej, naciek komórek wielojądrzastych, który niekiedy rozciągał się daleko wzdłuż naczyń włosowatych, nieproporcyonalnie do stosunkowo nieznacznego obrażenia.

Wartość odczynu skórnego określił sam Pirquet, co zresztą i późniejsze prace innych autorów dokładnie stwierdziły. U dzieci poniżej lat 5 odczyn skórny posiada wielkie znaczenie; u dzieci zdrowych bowiem jest on zawsze ujemny, u dotkniętych gruźlicą wybitnie dodatni, nawet w przypadkach gruźlicy kości i gruczołów; ale ujemny jest on w gruźlicy prosówkowej i w zapaleniu opon gruźliczem. W miarę wieku odsetek dodatnich wyników odczynu skórnego zwiększa się tak, że osoby dorosłe, pozornie zupełnie zdrowe, u których klinicznie nie można wykryć żadnego ogniska gruźliczego, bardzo silnie oddziałują na szczepienie tuberkulinowe, co może odnieść należy do stwierdzanych na stole sekcyjnym w 91—97% przypadków ognisk gruźliczych nieczynnych, znajdowanych jako zmiany przypadkowe w obrazie anatomo-patologicznym. Stąd też Pirquet (Wiener klin. Wochs. 1907, 19. września, str. 1123) sam zaprzecza wszelkiej wartości odczynu skórnego u dorosłych głównie z tego powodu, że odczyn ten tak często u nich występuje. Prócz tego stwierdzono dodatnie wyniki odczynu skórnego w innych chorobach, jak stwardnienie rozsiane, porażenie połowicze, oraz w chorobach zakaźnych (dur, zapalenie płuc), natomiast brak odczynu zauważano często u osób gruźliczych charłaczych, z jamami gruźliczemi. Odczynowi skórnemu, jak twierdzi Bezançon i H. Sorbonnes można poniekąd przypisać pewne znaczenie prognostyczne; odczyn ten bowiem jest wyraźniejszy u chorych, u których przebieg choroby skłania się ku polepszeniu; lecz tu trzeba wyniki te tłómaczyć ostrożnie, gdyż zdarza się, że u ludzi z bardzo czułą skórą powstaje nieraz bardzo silny odczyn.

Odczyn spojówkowy.

Technika tego odczynu jest wcale prosta: zakrapla się bowiem do kącika wewnętrznego oka kroplę rozczynu tuberkuliny Calmettea; dla uniknięcia działania drażniącego gliceryny poleca Calmette stosować tuberkulinę, strąconą wyskokiem 95% i rozcieńczoną w stosunku 1: 100 w wodzie wyjałowionej. Wolff-Eisner używa starej tuberkuliny Kocha w rozcieńczeniu 1: 100. Citron (Deutsche med. Wochs. 1908, Nr 8) poleca rozcieńczenie słabsze 2—4: 100, świeżo przygotowane.

Odczyn dodatni, występujący w 5 - 10 godzin po zakropleniu, objawia się zaczerwienieniem spojówki oka, mniej lub więcej silnym obrzękiem, oraz lekkim wysiękiem surowiczo-włóknikowym; w przypadkach bardzo silnego odczynu oko jest bardzo silnie przekrwione, spojówka obrzękła wyraźnie (chemosis), wysięk nawet ropny; obrzęk bywa niekiedy tak znaczny, że zakrywa zupełnie oko. Wszystkie te objawy ustępują zazwyczaj w 12—15 godzinach.

Histologicznie, jak to stwierdzili Sabrazès i Duperré (Gazette hebdom. des sciences medic. de Bord. 21. lipca 1907) składa się wysięk ze śluzu, leukocytów wielojądrzastych neutrofilnych, częściowo uległych zwyrodnieniu, nielicznych limfocytów i eozynofilów, oraz nabłonków; bakteryi nie zawiera wysięk wcale.

Metoda ta jednakże nie jest tak pewna, jak poprzednia, ani tak bezpieczna, gdyż na nieszczęście odczyn przekracza niekiedy granice i przybiera rozmiary poważne; spostrzegano też w następstwie zakroplenia tuberkuliny, ciężkie zapalenie spojówki, trwające całe tygodnie, zapalenie tęczówki, oraz naczyniówki (irido-chorioiditis), a bardzo często rogówki. Z drugiej znów strony nie spostrzegano tak poważnych następstw, gdy zastosowano tuberkulinę na spojówkę zdrową i stąd też słusznie okuliści nie radzą zakraplać tuberkuliny na spojówkę, dotkniętą jakiemkolwiek schorzeniem. Te też spotykane niekiedy poważne następstwa są powodem, że metody tej nie stosują lekarze tak chętnie, jak poprzedniej.

Według postępowania Citrona stosują lekarze niemieccy tuberkulinę w sposób następujący: zakrapla się najpierw na spojówkę oka lewego, zupełnie zdrowego, 1 kroplę 2% rozczynu tuberkuliny; jeśli po dobie wystąpi wyraźny odczyn, powtarza się zakroplenie do oka prawego, lecz 1% rozczynu tuberkuliny; jeśli i teraz stwierdzi się odczyn dodatni, można przyjąć na pewno obecność gruźlicy; jeśli zaś odczyn wypadnie ujemnie, obecność sprawy gruźliczej jest tylko prawdopodobna. Jeśli pierwsze zakroplenie 2% tuberkuliny nie dało wyniku, stosuje się do drugiego (prawego) oka 1 kroplę 4% tuberkuliny, przyczem odczynowi ujemnemu tym razem większą należy przypisać wartość, niż dodatniemu. Ważną jest rzeczą, by nie powtarzać zakropleń tuberkuliny na tej samej spojówce z tego powodu, iż może ona i u zdrowego wywołać nadwrażliwość (anafilaksyę, Überempfindlichkeit) spojówki.

Wyniki, jakie daje odczyn spojówkowy, przedstawiają się następująco: L. Petit (Le diagnostic de la tuberculose par l'ophthalmo-réaction. Masson, 1908), opierając się na statystyce 3068 przypadków, stwierdza obecność odczynu dodatniego w 92·32% na sto osób, dotkniętych gruźlicą; brakuje go jednakże u osób charłaczych, z jamami gruźliczemi i w gruźlicy ostrej, a niekiedy i w zapaleniu opłucnej, oraz zapaleniu otrzewnej gruźliczem.

U osobników niegruźliczych (klinicznie) odczyn daje wyniki dodatnie w 18·43% na sto przypadków, a w przypadkach podejrzanych co do gruźlicy w 61·6 na sto. Petit sądzi więc, że w przypadkach wątpliwych nie można na podstawie dodatniego wyniku odczynu przyjmować na pewne obecności gruźlicy. Zdaje się też, że i ta metoda, bardzo czuła, wykrywa w ustroju zmiany gruźlicze utajone, nieczynne; stąd też wartość jej jest znów większa u dzieci, u których gruźlica utajona jest mniej częsta, niż u dorosłych. Opisywano dodatnie wyniki odczynu i w innych chorobach, jak w cukrzycy, durze, kile, morze (dżumie), gośćcu stawowym, w marskości zanikowej wątroby, oraz w zapaleniu osierdzia, zapaleniu okołośledzionowem i okołowątrobowem; w trzech tylko ostatnich schorzeniach przyjmują niektórzy (Massary i Weil) przyrodę gruźliczą, jako podstawę tych schorzeń, opierając się właśnie na dodatnim wyniku odczynu spojówkowego. Dodatni wynik odczynu w durze i gośćcu stawowym przypisać należy tej okoliczności, iż w ostrych chorobach zakaźnych ustrój nawet wolny od gruźlicy, oddziaływa często na tuberkulinę, co zresztą potwierdził Arloing (Compt. rend. Soc. biolog. 1908, Nr 3), który wstrzykując zwierzętom zdrowym jakikolwiek jad (n. p. durowy, błoniczy i t. p.) zauważył, iż u nich występuje dodatni odczyn spojówkowy. Wreszcie część stosunkowo znacznego odsetka wyników dodatnich przypisać leży tej okoliczności, iż wielu lekarzy powtarzało kilkakrotnie zakraplania tuberkuliny na tę samą spojówkę, co, jak wyżej wspomniano, wywołuje nadwrażliwość (anafilaksyę) miejscową, wskutek której spojówka nawet zdrowego człowieka oddziaływa silnie.

Zdaniem francuskich autorów odczyn ujemny u człowieka pozornie zdrowego, a zwłaszcza u dzieci, pozwala wyłączyć gruzlicę; odczyn zaś dodatni, zwłaszcza u dzieci, wskazuje na obecność w ustroju ogniska gruźliczego, o którem jednakże nie da się powiedzieć, czy pozostanie nieczynnem, czy rozwinie się. Autorowie niemieccy przypisują odczynowi spojówkowemu większą wartość. Wolff-Eisner (Berl. klin. Wochs. Nr 22, 1907) charakteryzuje różnicę między odczynem spojówkowym, a skórnym w ten sposób, iż odczyn skórny wykrywa istnienie w ustroju owych ubocznych, przypadkowych zmian gruźliczych (Nebenbefunde des Sektionstisches), natomiast odczyn spojówkowy świadczy o rozwoju czynnej sprawy gruźliczej, nie wykrywa zaś ognisk utajonych, nieczynnych. Prócz tego jeszcze, ponieważ odczyn spojówkowy występuje tem słabiej, względnie rzadziej, im sprawa chorobowa jest cięższa, można mu z tego powodu przypisać pewne znaczenie w rokowaniu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

P. Abrami. **Żółtaczki zakaźne i zstępujące zakażenie dróg żółciowych.** (Rozprawa doktorska. Paryż. Listopad 1910, str. 170).

Aż do ostatnich czasów utrzymywało się przekonanie, że zakażenia żółciowe wywołuje albo wstępująca inwazya drobnoustrojów z jelit do przewodów żółciowych (teorya zakażenia wstępującego), albo wzmożenie się jadowitości mikrobów, w prawidłowych warunkach przebywających w drogach żółciowych (teorya zakażenia miejscowego).

Autor stara się w swej pracy dowieść, że ani jeden ani drugi sposób tłomaczenia sprawy nie da się zastosować do przeważnej części przypadków zapalenia dróg żółciowych pęcherzyka żółciowego.

I. Teorya zakażenia wstępującego, pochodzenia jelitowego, najstarsza i ogólnie przyjęta, opiera się na niepewnych podstawach:

1) Badania bakteryologiczne, które posłużyły za podstawę do twierdzenia, że bakteryami wywołującemi zapalenie dróg żółciowych są drobnoustroje jelitowe, nie są bez zarzutu. Jedne badania, które doprowadziły do wniosku, że głównym winowajcą rzeczonych zapaleń jest prątek okrężnicy, wykonano na zwłokach, a więc w okresie, w którym w ciele ludzkiem buja prątek okrężnicy zawsze we wszystkich narządach ciała. Te zatem badania nie mają wartości. Inne znowu badania, które wykazały częsty udział w tych sprawach prątka durowego, fałszywie tłomaczono na korzyść wstępującego zakażenia, bo prątek Ebertha nie jest wcale prątkiem jelitowym, jak i dur nie jest, ściśle rzecz biorąc, schorzeniem samych tylko jelit.

2) Doświadczenie pracowniane nie dostarczyło dotąd żadnego pewnego faktu, dowodzącego zakażenia wstępującego. Wprawdzie po zwykłem podwiązaniu przewodu żółciowego wspólnego lub po zaszczepieniu jadowitych hodowli do dróg żółciowych, spostrzegano przeróżne zapalenia dróg żółciowych, ale takie doświadczenia zgoła nie wyświetlają sprawy samoistnie wytwarzającego się zakażenia dróg żółciowych i nikt dotąd nie zdołał odtworzyć patologicznego wstępowania bakteryi jelitowych do przewodów żółciowych. Wytwarzając u zwierząt sztuczne zakażenie jelit przez stałe podawanie zwierzętom jadowitych hodowli w wysokich dawkach, nie zdołano jednakże nigdy wywołać wstępującego zakażenia dróg żółciowych.

3) Istnieją wreszcie fakta, które powinny wystarczyć na to, by zarzucić powyższe zapatrywanie na powstawanie zakaźnego schorzenia dróg żółciowych. Kiedy w toku choroby, wywołanej mikrobami, zjawiają się objawy żółciowe, to są one wynikiem tego samego bodźca chorobowego, co i cierpienie główne. Tak tłomaczymy sobie zapalenie dróg żółciowych w toku duru, zakażeń paratyfusowych, zapalenia płuc, cholery, gruźlicy, kiły, zakażeń gronkowcem, paciorkowcem i t. d. Fakta te nie dadzą się tłomaczyć zakażeniem z jelit.

II. Teorya miejscowego zakażenia wspiera się na tem, że drogi pozawątrobne nawet w warunkach prawidłowych w całej swej rozciągłości zawierają drobnoustroje, tlenowce, jak i beztlenowce. Z chwilą zatem, kiedy jadowitość tych drobnoustrojów się wzmaga, mogą każdej chwili drogi żółciowe uledz zapaleniu. Owóż:

1) Rozbiory bakteryologiczne, doświadczenia i spostrzeganie kliniczne zgodnie dowodzą, że w warunkach prawidłowych sadowią się drobnoustroje tylko na samym końcu przewodu żółciowego wspólnego i że, aby zakażenie dróg żółciowych miejscowe mogło się wytworzyć, musi przeszkoda, tamująca odpływ żółci, usadowić się poniżej tej strefy, w prawidłowych warunkach »zakażonej«.

2) Badanie zapalenia dróg żółciowych u ludzi w klinice i u zwierząt w toku doświadczeń stwierdza, że po za zakażeniami, wywołanemi zatkaniem głównej drogi żółciowej, w dolnym jej odcinku drobnoustrojami, wywołującymi zapalenia dróg żółciowych są te same, które wywołują ogólne schorzenie, w toku którego zapadły drogi żółciowe.

A więc ta teorya może tłomaczyć wyłącznie tylko zapalenia dróg żółciowych, wywołane zatkaniem, czasowem lub stałem, dolnych odcinków dróg żółciowych.

III. W ostatnich latach powstała zupełnie nowa teorya, tłomacząca mechanizm zakażeń dróg żółciowych wprost przeciwnie, jak klasyczna teorya »wstępującego zapalenia«. Teorya ta, którą słusznie nazwać można teoryą »zapalenia zstępującego«, widzi w zapaleniu dróg żółciowych wynik wydzielania się drobnoustrojów z obiegu krwi przez drogi żółciowe.

W miarę, jak w latach ostatnich postępowała technika bakteryologiczna, coraz częściej napotykano we krwi bakterye te same, które wywołały ogólne schorzenie ustroju. Wątroba w toku tych bakteryemii pełni czynność wydzielania niejako prawidłowego i raz wydzielanie to nie wywołuje poważniejszych zmian w wątrobie, innym razem zaś towarzyszą wydzielaniu temu zmiany więcej lub mniej wyraźne w miąższu wątrobnym i w drogach żółciowych, zmiany, które kończą się powstaniem zakaźnego ostrego lub przewlekłego zapalenia miąższu wątroby i zapaleniem dróg żółciowych we wszystkich jego odmianach.

Teorya ta zapalenia zstępującego opiera się na wynikach doświadczeń na zwierzętach i na badaniu bakteryologicznem zakażeń żółciowych u człowieka.

1) Doświadczalnie stwierdzono, że wystarczy wstrzyknąć zwierzęciu do żył jakiekolwiek bakterye, by wywołać prawie stale trzy serye objawów ze strony narządu żółciowego: A) wydzielanie z żółcią bakteryi zaszczepionych; B) zmiany anatomiczne w wątrobie i drogach żółciowych, będące w związku z temże wydzielaniem; C) i wreszcie zakażenie przewodu pokarmowego przez żółć, zakażoną drobnoustrojami.

A) Wydzielanie z żółcią, dość częste w toku bakteryemii lekkich przemijających, staje się prawie stałem, kiedy zakażenie krwi osiągnie dostateczne nasilenie. Wydzielanie to poczyna się w kilka ledwo godzin po wstrzyknięciu i trwa zwykle tak długo, jak bakteryemia; może jednakże trwać dłużej i nieraz jeszcze w kilka tygodni po wstrzyknięciu śródżylnem można w żółci zaszczepionego zwierzęcia napotkać wstrzyknięte bakterye.

B) Wydzielaniu temu towarzyszą prawie zawsze zmiany w drogach żółciowych poza- i śród-wątrobnych:

a) Przez wstrzyknięcie bakteryi do żył zwierzęcia można najpierw wywołać u niego wszystkie odmiany ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego, a mianowicie: zapalenie lekkie, nieżytowe, nie trwające ponad kilka dni; zapalenie ropne, któremu towarzyszą lub nie owrzodzenia i krwotoki w pęcherzyku żółciowym i zapalenie zlepne około pęcherzyka żółciowego.

b) Wywołując u zwierzęcia przewlekłe zakażenie krwi, można spotkać potem przewlekłe zmiany w pęcherzyku żółciowym: zapalenie pęcherzyka zanikowe ze stwardnieniem ścian i zapalenie przerostowe z obrzękiem, a nawet prawdziwą puchlinę ścian woreczka.

c) Zmiany w wątrobie, towarzyszące tym zakażeniom zwierząt, mogą też być przeróżne. Postacią najlżejszą jest lekkie zapalenie przewodów żółciowych i miąższu wątrobnego, szczególnie około gałązek żyły wrotnej, które może zniknąć w ciągu kilku dni. Postacią cięższą jest ostre, typowe, zakaźne zapalenie dróg żółciowych i w ich otoczeniu, mogące dochodzić aż do martwicy.

d) Wreszcie, jeśli sprawa w wątrobie trwa czas dłuższy, może powstać obraz zapalenia przewlekłego, które się kończy włóknistem zwyrodnieniem wątroby.

C) Zakażenie dróg żółciowych, na drodze zstępującej wywołane, idzie w parze z zakażeniem jelit przez bakterye, które bujają w pęcherzyku żółciowym.

W toku ostrego zakażenia, zakażenie jelit jest bardzo częste: w jelitach zakażonych zwierząt znajdujemy prawie

zawsze bakterye, któreśmy wprowadzili do ogólnego obiegu. A przeciwnie, jeśli przed wstrzyknięciem do żył podwiążemy zwierzęciu przewód żółciowy wspólny, to w jelitach prawie nigdy nie stwierdzimy obecności wstrzykniętych do krwi bakteryi.

W toku przewlekłego zakażenia dróg żółciowych można także stwierdzić zakażenie jelit i uczynić nawet zwierzęta niejako stałymi roznosicielami bakteryi.

2) Wyżej opisane objawy stwierdzić można równie dokładnie w toku zakażeń żółciowych u człowieka.

Pomiędzy postaciami posocznicy u ludzi jest jedna, która do tego studyum szczególnie się nadaje; a tą jest gorączka durowa, posocznica ludzka »par excellence«.

a) Wydzielanie prątka durowego z żółcią można uważać w chorobie tej za regułę, a prątek ten znajduje się w żółci durowych w tak obfitej ilości, jak np. w hodowli bulionowej.

b) Wydzielając się z żółcią prątek durowy wywołuje u człowieka prawie stale zmiany bardzo małego nasilenia, w postaci nieżytowego zapalenia pęcherzyka żółciowego i zapalenia dróg żółciowych śródwątrobnych. Ale mogą powstać także zmiany znacznie cięższe zarówno w pęcherzyku, jak i w wątrobie, zarówno w toku duru, jak i w długi czas po wyzdrowieniu.

c) Ustalenie faktu zakażenia prątkiem durowym, zstępującego poza drogi żółciowe wyświetla nietylko mechanizm wszystkich zmian miejscowych, ale pozwala i na inne, niż obecnie powszechnie przyjęte, rozumienie mechanizmu powstawania duru wogóle.

Cechą znamienną tego zakażenia nie są, jak długo myślano, zmiany w jelitach, lecz przeciwnie posocznica (septicaemia). Zmiany w jelitach, od posocznicy późniejsze i zresztą nie stałe, są przerzutowem usadowieniem się sprawy. A jeszcze więcej mamy obecnie prawo przyjąć, że prątki durowe, które znajdują się w treści jelit u chorych na dur, dostały się tam z żółcią zakażoną. A zatem cykl, który przechodzi prątek Ebertha w człowieku, da się tak zebrać: 1) zakażenie krwi; 2) zstępujące zakażenie żółci; 3) zakażenie jelit.

Dur nie jest jedyną postacią posocznicy, w toku której stwierdzamy zstępujące zakażenie dróg żółciowych, bo już w całym szeregu innych zakażeń dał się stwierdzić ten sam bieg rzeczy.

Stany więc, oznaczane mianem żółtaczek zakaźnych, które tłómaczono dotąd zapaleniem dróg żółciowych, wstępującem od jelit, są w istocie najczęściej zakażeniem wątroby od krwi. Żółtaczki te są, jak i inne objawy zakażenia żółciowego, wyrazem bakteryemii. Od nasilenia i ciężkości zakażenia krwi zależy w głównej mierze fizyonomia żółtaczki. Jeśli bakteryemia jest ciężka i trwała, jeśli mamy do czynienia z prawdziwą posocznicą, wtedy żółtaczkę poprzedza lub towarzyszy jej odurzenie, objawy ogólne, więcej lub mniej ciężkie, wysoka gorączka. Tak bywa w toku żółtaczek zakaźnych, durowych i żółtaczek ciężkich. Innym razem znowu bakteryemia pierwotna jest krótkotrwała, słaba, a wtedy najczęściej przechodzi niespostrzeżona, a usadowienie się bakteryi w wątrobie zdaje się sprawą pierwotną, jak to bywa w toku żółtaczki nieżytowej.

Ale jakąkolwiek jest żółtaczka, pierwotną czy wtórną, łagodną czy ciężką, znaczenie ma zawsze tosamo, jest wyrazem umiejscowienia się bakteryemii w wątrobie.

Dotychczas sądzono, że żółtaczka zakaźna, jako objaw, jest wyrazem zapalenia dróg żółciowych poza- lub śródwątrobnych. Obecnie dochodzi autor do przekonania, że rzecz się ma inaczej, przynajmniej w przeważnej części przypadków, a mianowicie, że objaw ten wskazuje na zmiany w komórce wątrobnej, stale dotkniętej zaburzeniem zarówno w toku najłagodniejszej, jak i najcięższej żółtaczki.

Żółtaczki zakaźne są więc, zdaniem autora, z punktu widzenia mechanizmu chorobowego skutkiem zapaleń wątroby zstępujących, a nie wstępujących zapaleń dróg żółciowych. Stahr.

Schiele i Dörbeck. **Przypadek wiewiórowego zapalenia wsierdzia, leczony skutecznie wstrzykiwaniem surowicy przeciwgonokokowej.** (St. Petersburg med. Woch. 1910 Nr 45). Pewien student zapada 13. kwietnia na trypra. 22. kwietnia pogarsza się stan ogólny chorego, a mianowicie zjawia się gwałtowny ból głowy, gorączka dochodzi 39·5° C, tętno 100 razy na minutę, język staje się suchy i obłożony. Nad koniuszkiem serca słychać wyraźny szmer skurczowy, utrzymujący się w kierunku aorty, drugi ton nad płucną mocno zaostrzony. Płuca nie okazują zmian. Autorowie rozpoznają zatem ostre zapalenie wsierdzia na tle wiewióra. 2. maja wstrzyknięto choremu 2 cm³ surowicy przeciwwiewiórowej (amerykańskiej); wieczór po wstrzyknięciu ciepłota podniosła się do 39·1° C, ale na drugi dzień spadła do wysokości prawidłowej, i to na stałe. Wstrzyknięcie surowicy powtórzono jeszcze 4. i 7. maja, objawy ze strony serca powoli ustępowały i wreszcie znikły. 18. czerwca chory wyszedł ze szpitala uleczony. Przypadek ten o tyle jest ciekawy, że dowodzi, iż mamy w ręku środek skuteczny na ostre powikłania wiewiórowe (zapalenie stawów, wsierdzia), który wywołuje spadek gorączki i usuwa objawy ogólne i miejscowe. Stahr.

Pedyatrya.

Schey Otto. **Kur (rubeola).** (Jahrb. f. Kindh. Maj, 1910). Spostrzeżenia ambulatoryjne nad 44 przypadkami kuru w Wiedniu. Wiek chorych wahał się między 11 mies. a 16 latami. Większość chorych przed wystąpieniem wysypki skarżyła się na ból gardła, palenie w oczach, nieżyt, kaszel, czasem stwierdzano nieznaczną gorączkę. Często wysypka zjawiała się bez zwiastunów. Wysypka przeważnie występowała początkowo na twarzy, sprawiającej wrażenie zlekka obrzękłej, a po kilku godzinach przechodziła na całe ciało. Wysypka trwała od 24 godzin do 5 dni, w wielu przypadkach zauważono dosyć wybitne swędzenie skóry. Gardło często było zlekka zaczerwienione, ale plamek Koplika, tak znamiennych dla odry, nie notowano ani razu. Co się tyczy gorączki, to obok przypadków bezgorączkowych zdarzały się przypadki z niewielkiem podniesieniem ciepłoty (37,5—38,2), raz tylko ciepłota doszła do 39,1. Do charakterystycznych objawów kuru powszechnie badacze zaliczają powiększenie gruczołów za uchem: z 44 przypadków w 42 stwierdził autor powiększenie gruczołów chłonnych nietylko za uchem, ale i szyjnych, pachowych, pachwinowych i łokciowych. W moczu zmian chorobowych nie spostrzegano. Okres utajenia trwał od 2—3 tygodni. Zaraźliwość zdawała się być mniejszą, niż przy odrze. Powikłań żadnych, prócz lekkiego zajęcia oskrzeli, nie było. T. Mogilnicki.

Finkelstein i Meyer. **O mleku białkowem.** (Jahrb. f. Kinderheilk. Maj i czerwiec, 1910).

Dotychczasowe badania nie rozwiązały dostatecznie dobrze zagadnienia o sztucznem karmieniu niemowląt. Stwierdzono jednak stanowczo, że sernik mleka krowiego nie wywiera ujemnego wpływu na ustrój, a tłuszcz i cukier tylko wtedy działają szkodliwie, gdy już poprzednio działalność jelit została naruszona. Przy cięższych postaciach zaburzeń odżywiania tłuszcz i cukier mleka kobiecego również szkodzić mogą. Czerny, Salge i Keller uważają tłuszcz za czynnik wywołujący biegunkę; tymczasem właśnie u dzieci z ciężkiemi zaburzeniami odżywiania usunięcie tłuszczu z pożywienia nie wywiera wyraźnie dodatniego wpływu. Liczne badania autorów wykazały, że podawanie chudego mleka lub maślanki nie usuwało fermentacyi jelitowych, dlatego też nie można uważać, żeby pierwotna fermentacya tłuszczowa była przyczyną zaburzeń jelitowych. Chude mleko (Magermilch) zawiera sernik i cukier mleczny. Dla stwierdzenia, jaki wpływ wywiera sernik, dodawano go w dużych ilościach do rozcieńczonego mleka przy zwykłej niestrawności, (dyspepsia) i okazało się, że nietylko nie było pogorszenia, lecz nawet można było stwierdzić wpływ dodatni leczniczy. Z chwilą dodawania ciał białkowych upor-

czywe fermentacye jelitowe połączone z biegunką przechodziły, zjawiały się stolce suche, jasne. W ten sposób drogą wyłączenia udało się wykazać, że czynnikiem wpływającym na fermentacyę jest cukier mleczny. I rzeczywiście wystarczało dzieciom, których biegunka dzięki dodaniu sernika wstrzymała się, dodać do pożywienia cukru mlecznego, żeby znowu otrzymać wypróżnienia wolne i niestrawione. Czynnikiem pierwotnym fermentacyi jest cukier, a dopiero na drugim planie stoi tłuszcz, którego fermentacya jest tylko o tyle niebezpieczna, o ile ją poprzedza fermentacya węglowodanowa. Fermentacya jelitowa zależy również i od stopnia rozcieńczenia serwatki; należało więc dla usunięcia objawów fermentacyjnych wynaleźć takie pożywienie, w którem by cukru było bardzo mało, sole znajdowały się w ilości ograniczonej, a sernik zwiększony przy dostatecznej ilości tłuszczu, a po nastąpieniu poprawy do tego pożywienia trzebaby było dołączyć trudno fermentujące węglowodany. Tym warunkom odpowiada mleko białkowe, które zawiera: sernika z litra mleka i z $^1/_2$ litra maślanki, tłuszczu z litra mleka, cukru i soli z $^1/_2$ litra maślanki. Mleko białkowe ma zapach przyjemny, smak kwaskowy z lekka podobny do maślanki, tylko bardziej mdły wskutek małej ilości cukru. Litr mleka białkowego zawiera 370 jednostek cieplnych. Mleko to autorzy dawali 150 niemowlętom przez 2 lata przy niestrawności, dekompozycyi (terminologia Finkelsteina) zatruciu, zakażeniach pozajelitowych (parenterale Infektionen) i noworodkom w pierwszych tygodniach życia. Z 33 dzieci, chorych na niestrawność, 17 było w wieku od 16 dni do 6 tygodni, 27 od 6 tygodni do 3 mies., a tylko 6 powyżej 3 mies., czyli dzieci były w. wieku, w którym każde żywienie sztuczne jest rzeczą ryzykowną. Początkowo stosowano małe dawki mleka białkowego — 300 grm. na dobę w 5—6 daniach, następnie w miarę poprawy ilość tę zwiększano do 200 grm. na kilogram wagi ciała na dobę. Z chwilą, gdy wypróżnienia były zupełnie dobre, zaczynano powoli dodawać do mleka białkowego cukier w postaci »Nährzucker« Soxhleta, »Nährmaltose« Loefflunda lub mąkę starszym dzieciom, początkowo 1%, a później dochodzono do 5—7%. Pod wpływem mleka białkowego liczba stolców zmniejszała się, z 33 przypadków u 30 dzieci już na 3. dzień stolce z płynnych zmieniały się na suche, jasne, złożone z mydeł tłuszczowych (Fettseifenstuhl). Ciepłota we wszystkich przypadkach spadała do normy, czasem nawet niżej normy, co zależało od zbyt małej ilości węglowodanów. Przez pierwsze 3 dni następował spadek wagi ciała, wynosił on przeciętnie około 200 grm. i był tem większy, im cięższa była postać chorobowa i im więcej dzieci otrzymywały poprzednio węglowodanów. Stan ogólny początkowo nie poprawiał się, a nawet z powodu utraty przez tkanki płynu i zmniejszenia się wagi ciała wejrzenie i zabarwienie twarzy dziecka robiło gorsze wrażenie. Poprawa następowała z chwilą zatrzymania się spadku wagi ciała, a szczególniej wybitnie wyrażała się, gdy już zaczęto dodawać węglowodany. Wogóle wszystkie bez wyjątku dzieci chore na niestrawność zostały wyleczone. Przy dekompozycyi stosowano mleko białkowe tylko w przypadkach średnio ciężkich (II stopień dekompozycyi), to jest w takich, w których dotychczasowe metody karmienia sztucznego przeważnie zawodziły i w cięższkich postaciach (III stopień), w których wyleczenie dzieci pozbawionych piersi było niemożliwe. Z 41 przypadków tylko w 5 nie można było uniknąć zejścia śmiertelnego; w 36 zaś nastąpiło zupełne wyleczenie, z tych 29 dzieci było młodszych, niż 3 miesiące. Okres poprzedzający, kiedy bezskutecznie stosowano inne metody żywienia, trwał dosyć długo, u 20 dzieci dłużej niż 4 tygodnie. Strata na wadze tego okresu wynosiła w 9 przypadkach ponad 400 grm., a raz nawet 1000 grm. Tylko 3 razy mleko białkowe było stosowane bez uprzedniego wypróbowania innych metod żywienia i to w przypadkach typowych. Z 36 przypadków 31 razy poprawa wypróżnień nastąpiła już na 3 dzień. Ciepłota, jak i przy niestrawności, była początkowo poniżej normy, spadek wagi ciała trwał również średnio 3 dni. Stan ogólny chorych na razie pogarszał się, szczególniej wybitnie wyrażało się to w utracie sprężystości skóry i w zabarwieniu ziemistem policzków, osłabienie zwiększało się. Poprawa następowała nieco wolniej i zdrowienie trwało dłużej, niż przy niestrawności. Przy zatruciu (intoksykacyi) mleko białkowe stosowano 16 razy i tylko raz jeden z wynikiem ujemnym. W tych przypadkach dzieci szybko powracały do zdrowia. Noworodkom autorzy podawali mleko białkowe 29 razy i jakkolwiek wyniki były dosyć dobre, to jednak metody tej w tym przypadku nie zalecają.

Za to na zasadzie 28 przypadków ciężkich zakażeń pozajelitowych autorzy doszli do przekonania, że mleko białkowe, zmniejszając do minimum fermentacyę kiszkową, wyjątkowo dodatnio wpływa na przebieg i zejście choroby zakaźnej. Badania powyższe upoważniają do uważania mleka białkowego za środek leczniczy, który umiejętnie stosowany, może dać dobre wyniki w tych przypadkach, w których dotychczasowe metody karmienia sztucznego zawodziły. T. Mogilnicki.

Higiena.

Piesen. **Znaczenie szkolno-higieniczne białkomoczu lordotycznego.** (Wien. klin. Woch. Nr 1. 1911). Piesen przy badaniu chłopców w szkole między 9—15 rokiem życia przekonał się, że bardzo często wywołać można u nich białkomocz przez nadmierne wyprostowanie kręgosłupa ku przodowi (lordosis), np. przez założenie rąk ku tyłowi i siedzenie lub stanie w tej wyprężonej postawie czas pewien. A jednak ten sposób gimnastyki bywa nieraz stosowany w szkołach celem wypuklania klatki piersiowej i usuwania skrzywień kręgosłupa. Wobec możliwości występowania przytem białkomoczu, należy takiej gimnastyki surowo zakazać w szkołach i pouczyć o tem nauczycieli. Klęsk.

König i Splittberger. **Znaczenie mięsa rybiego jako środka spożywczego.** Ztschr. f. Untersuch. d. Nahrg. u. Genussmittel Tom 18. Z. 9. W latach 1905 i 1906, gdy zapotrzebowanie mięsa w Niemczech było zwiększone, nasuwało się niejednokrotnie pytanie, czy nie dałoby się w większym niż dotychczas stopniu zastąpić dla żywienia ludzi mięsa rybami. Praca niniejsza jest streszczeniem obszernem książki, wydanej przez autorów i zatytułowanej »Znaczenie gospodarstwa rybnego dla zaopatrywania państwa niemieckiego w mięso«. Praca ta rozpada się na trzy odrębne działy, noszące tytuły: 1) Obecne zużycie mięsa rybiego. 2) Sposoby konserwowania mięsa rybiego i ich wpływ na nie. 3) Skład i wartość odżywcza mięsa rybiego. Z pierwszych dwóch części uwzględnię fakta najistotniejsze ze względu na cel niniejszego streszczenia.

Roczne zużycie ryb wynosi w Niemczech na głowę ludności 6,8 kg. z czego przypada na ryby morskie około 6 kg. W liczbie powyższej przypada na ryby świeże około 2,23 kg., w tem na morskie 1,56 kg., zaś rzecznych, stawowych i t. d. 0,67 kg. Odliczając na części niejadalne ryby — głowę, trzewia, ości, około 40—60% wagi ryby, przyjmują autorowie roczne zużycie mięsa ryb na głowę ludności na 3,5—4 kg. Roczne zużycie mięsa zwierzęcego — bez dodatków — przyjmują autorowie na 30 kg. na głowę; zużyte przeto mięso rybie stanowi $^1/_8$—$^1/_{10}$ części całej ilości spożytego mięsa. W drugiej części pracy po omówieniu sposobów konserwowania ryb podają autorowie wyniki doświadczeń i badań nad stratą w składzie chemicznym, oraz zmianami, zachodzącemi w konserwach rybnych pod wpływem przyrządzania konserw. Dosyć znaczna ilość azotu — zwłaszcza związanego z zasadami — przechodzi do posoki, otaczającej ryby, płynu zatem niespożywanego. Litr posoki ze śledzi zawierał 0,94% azotu albuminu odpowiadającego 5,9 gr. białka surowiczego, oraz 5,27 gr. azotu zasadowego. Pod wpływem konserwowania zachodzą przeto zmiany dosyć znaczne w wartości odżywczej surowego mięsa ryb.

Z omawianego w trzeciej części pracy składu chemicznego zasługują na największą uwagę związki azotowe, za-

warte w mięsie ryb i porównanie ich ilościowe z mięsem wołowem i cielęcem, zestawione w następującej tablicy:

	wody %	całkowita ilość N %	N albuminowy %	N w postaci kleju %	N zasadowy %	N proteinowy %
Mięso wołowe . .	74,45	3,55	0,29	0,17	0,44	2,65
» cielęce . .	78,16	3,24	0,13	0,13	0,31	2,57
Sztokfisz	9,02	14,47	0,25	1,06	1,01	12,25
Szczupak	78,73	3,34	0,41	0,25	0,47	2,31
Karp	73,34	3,28	0,23	0,21	0,42	2,42
Łosoś rzeczny . .	67,15	3,68	0,19	0,15	0,52	2,82
Śledź marynowany .	58,58	3,12	0,14	0,39	0,79	1,80
» Matjes . . .	62,61	3,12	0,14	0,30	0,59	2,99
» w bulionie .	66,07	3,10	0,07	0,18	0,79	2,06

Skład pierwiastkowy mięsa rybiego, wytrawionego z tłuszczu, odpowiada składowi mięsa innych zwierząt, jedynie zawartość węgla zdaje się być w niem większą. Temu też odpowiada większa wartość cieplikowa, stwierdzona badaniem kalorymetrycznem; mięso rybie 5700 kal., wołowe 5657 kal., cielęce 5628 kal. Skład pierwiastkowy i wartość cieplikowa tłuszczu rybiego odpowiada własnościom płynnych tłuszczów zwierzęcych. Z doświadczeń nad trawieniem mięsa rybiego wynika, że jest ono strawne na równi z mięsem zwierząt hodowlanych. Rzekomą niestrawność mięsa rybiego tłomaczyć należy tem, że wielu osobom smak jego nie odpowiada i do stałego spożywania nie zachęca. Mięso rybie, zawierające większą ilość wody w stanie świeżym, wymaga krótszego gotowania, przyczem znacznie mniej (5—15%) traci wody od mięsa bydlęcego (40—43%); pragnąc przeto dostarczyć pożywieniem z ryby równą ilość składników odżywczych, jak mięsem bydlęcem, spożyć je należy w ilości większej, nieraz blizko trzykrotnie. Spożywając ilości mniejsze odczuwa się wkrótce po jedzeniu uczucie głodu. Konserwy rybne, zawierające mniejszą ilość wody, nie wymagają naddatku. Cena ryb wód słodkich, uwzględniając w nich 40% odpadków, odpowiada w Niemczech w przybliżeniu cenie mięsa wołowego i cielęcego, gdy mięso zwykłych ryb morskich przeciętnie o połowę jest tańsze; ryby morskie przeto uważać należy za mięso najtańsze, nadające się do zaopatrzenia szerszych kół ludności. Ze strony mięsa rybiego nie grozi zdrowiu niebezpieczeństwo większe, aniżeli ze strony mięsa innych zwierząt. L. Bier.

A. v. Degen. **Nasiona lulku w maku.** (Zeitschr. f. Untersuch. d. Nahrg. u. Genussmittel T. 19). W licznych próbach maku, pochodzącego z Rosyi, stwierdzono nasiona lulku (hyoscyamus niger), którego obecność w maku należy tłomaczyć sposobem zbioru; koszenie i młócenie maku zanieczyszczonego roślinami obcemi. W jednym przypadku stwierdzono lulku wagowo 1,7%. Przyjmując w nasionach lulku zawartość hyoscyaminy na 0,52%, należałoby spodziewać się objawów zatrucia przy używaniu maku, zawierającego w 100 gr. 77,5 nasion lulku; przy 0,15% nasion byłoby ich w 100 gr. 137 sztuk. Nie można twierdzić, by olej wyciśnięty z tak zanieczyszczonego maku nie był trującym, główną ilość alkaloidu zawierać jednak będzie makuch wytłoczony. L. Bier.

Rothenfusser. **Jaką wartość dla oceny mleka posiada stwierdzenie w niem obecności kwasu azotowego.** (Zeitschr. f. Untersuch. d. Nahrgs. u. Genussmittel Tom 18. Z. 6). Za pomocą próby z difenylaminą w roztworze zgęszczonego i czystego kwasu siarkowego można w serwatce mleka, otrzymanej najlepiej sposobem Ackermana, stwierdzić 1 część azotanu potasowego(= 0,53 części N_2O_5) w 100000 mleka. To samo odnosi się i do azotynów. Doświadczenia z rozmaitemi większemi naczyniami, służącemi do przewozu mleka, opróżnianemi pospiesznie z wody opłuczynowej, stwierdziły, że na 1 litr zawartości naczynia pozostaje w niem średnio 0,84 cm³ wody. Gdyby nawet ilość ta była 10-krotnie większa, wynosiła zatem 1 cm. wody na 1 litr mleka, to zawartość w niej kwasu azotowego, aby ujawnić się miała zapomocą powyższej bardzo czułej próby, musiałaby być bardzo znaczną, woda zaś użyta do płukania ze stanowiska zdrowotnego bardzo złą. Z obecności azotanów w serwatce mleka należy wnosić albo o znaczniejszym dodatku doń wody, albo o dodatku wody zdrowiu szkodliwej — gnojówki — w ilości większej lub mniejszej. W mleku, uzyskanem podczas próby stajennej, nie udało się stwierdzić azotanów ani azotynów, obecności ich nie można było również stwierdzić przy rozmaitym sposobie żywienia bydła nawet po podawaniu saletry, jak również przy domieszce kału krowiego. L. Bier.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Cykloform zaleca gorąco Strauss jako dzielny środek znieczulający, zwłaszcza w maści 5—10%, przy guzach krwawniczych, wrzodach goleni, oparzelinach, rozpadlinach skóry i odbytu i t. p. (Münch. med. Wochs. Nr 50, 1910). A.

Przy wstrzykiwaniu przed laparotomiami kwasu nukleinowego nie spostrzegali Aschner i Graff zupełnie wybitnych wyników co do uodpornienia ustroju. (Mitt. a. d. Grenzgeb. 22. I.), K.

Przy chirurgicznej gruźlicy, zwłaszcza przy przetokach i ropniach, poleca Wreden podane przez Calota wstrzykiwania kamfor-naftolu (2: 1), a śródmiąższowo wstrzykiwania zawiesiny glicerynowej tego środka (1 K. N: 2—5 gliceryny). (Zft. f. orthop. Chir. 21. IV.). A.

Do odosobnienia nerwu lub ścięgna po plastyce celem zapobieżenia zrostom z sąsiedztwem, poleca Wierzejewski zwykły kondom, który najpierw kładzie do 10% formaliny na 12 godzin, potem do wody, następnie gotuje 10—15 minut i przechowuje w 95% alkoholu. (Medizin. Klinik Nr 49).

Obustronne zwichnięcie obojczyków spostrzegał Riedinger po zgnieceniu barków, po jednej stronie przed mostek, po drugiej nad wyrostek barkowy (akromion). (Arch. f. Orthop. IX. I.). A.

Za dozwoloną granicę długości wycięcia jelita bez większej szkody dla operowanego uważa Denk cztery metry. Przekroczenie tej granicy przypłaca zwykle operowany (nieraz dopiero w pewien czas) śmiercią. (Mitt. a. d. Grenzgeb. 22. I.). K.

W leczeniu wynicowania pęcherza poleca Makkas następujący sposób: Wyosabnia jelito ślepe i wszywa wyrostek robaczkowy w powłoki, a na drugiem posiedzeniu odłącza pęcherz i wszczepia go razem z moczowodami do wyosobnionego jelita ślepego. Mocz odchodzi potem na zewnątrz przez wyrostek robaczkowy. Roloff poleca sposób podobny, lecz ze wszczepieniem wyrostka do odbytnicy. (Zblt. f. Chir. Nr 38 i 43).

Tymczasowe wyjaławianie kobiety (n. p. przy gruźlicy) poleca Bucura. Jajnik umieszcza się w kieszonce więzadła szerokiego, którą się zaszywa. Każdej zaś chwili można znów jajnik wydobyć i uczynić dostępnym dla plemników. (Wiener klin. Wochs. Nr 46, 1910).

Zamrażanie bezwodnikiem kwasu węglowego polecają Harman i Morton do leczenia znamion, (nieraz wystarcza jedno zamrożenie przez 40 sekund), oraz do leczenia jaglicy (raz w tydzień 15 sekund). (Sect. of Ophtal. 78. Brit. Med. As.). A.

Przewlekłe zaparcie stolca leczy Lipowski lewatywami z parafiny. Postępuje w ten sposób, że ułożywszy chorego na czworakach, wprowadza 200 cm³ parafiny to-

pliwej przy 37—38°. Zwykle już drugiego dnia stolec bywa prawidłowy, (ew. po wlaniu rozczynu soli). W ten sposób postępuje się przez 8—10 dni, poczem zmniejsza się ilość parafiny do 100 cm³, a po 10 dniach stosuje się lawatywy tylko co drugi dzień; zwykle w ciągu kilku tygodni następuje wyleczenie. Parafina osłania błonę śluzową i zatrzymuje wessanie, a więc zagęszczanie się zbytnie stolca. (Münch. med. Wochs. Nr 50, 1910). A.

Niedowład przełyku opisują Holzknecht i Olbert. Cierpienie to, zresztą nie sprawiające większych przypadłości, cechuje pewne utrudnienie spożywania mniejszych ilości potraw papkowatych, natomiast płyny, większe ilości papki i ciała twardsze przechodzą dobrze. Sprawę wykrywa zwykle badanie rentgenowskie. (Zeitschr. f. klin. Med. 71). A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie z d. 11 listopada 1910 r.

Prezes Radca Dr Franciszek Chłapowski zagaja zebranie, poświęcając kilka słów czci dla zgasłego niedawno ś. p. ks. Patrona Wawrzyniaka, którego pamięć uczczono przez powstanie. Następnie zawiadamia, że zaprosił z odczytem: »O koloidach« p. Prof. Zawidzkiego z Dublan. Kol. Łazarewicz wspomina o jubileaszu Prof. Napoleona Cybulskiego, na którego cześć wydany zostanie osobny numer »Nowin lekarskich«.

Następnie kol. Radca Chłapowski wygłasza odczyt: **O hormonach.**

Brown-Sécquard dał pierwszy pochop do organoterapii. Znamy gruczoły, wydzielające tylko do krwi, albo takie, które wydzielają i do krwi i na zewnątrz. Pierwsze (jak nadnercze, gruczoł tarczowy) dadzą się przeszczepić. Najlepiej dotąd zbadano wpływ adrenaliny na ciśnienie krwi i wydzielanie cukru w moczu. Z drugiej strony wiemy, że na cukromocz tamująco oddziałuje sok trzustki. Ten antagonizm ustroju chromochłonnego a trzustki odnosi się także do ciał białkowatych. Również ciekawy antagonizm istnieje między adrenaliną, a pilokarpiną co do eozynofilii. Adrenalina jest hormonem, zależnym od nerwu współczulnego. Falta na mocy powyższych spostrzeżeń dochodzi do wniosku, że chodzi o przewagę wpływów sympatycznych nad autonomicznemi.

W dalszym ciągu zrobiono spostrzeżenia, że przy zachorzeniach przysadki następuje limfocytoza. Spożywanie gruczołów tarczowych wywołuje schudnięcie w niektórych postaciach otyłości. U zwierząt bez gruczołu tarczowego adrenalina nie wywołuje cukromoczu. Podczas gdy wyciąg z całego gruczołu wywołuje cukromocz, wyciąg z substancyi rdzeniowej nadnerczy nie wywiera tego działania. Bardzo ciekawe jest spostrzeżenie Frankl Hochwarta, że przy nowotworach ciała szyszkowatego objawia się przedwczesny rozrost narządów płciowych. Odwrotnie wytrzebienie przyczynia się do rozrostu przysadki. Po wyłuszczeniu gruczołu tarczowego zanikają części rodne. Ważne są stosunki wszystkich tych gruczołów do grasicy. Dochodzimy na mocy tych badań do pojęcia dyspozycyi wzgl. dyskrazyi.

Dyskusya.

Kol. Dziembowski: Nietylko gruczoły wydzielają hormony. Także każdy inny narząd (np. żołądek wydziela hormony, wpływające na ruch kiszek) wytwarza pewne pierwiastki, wpływające na inne. Wskazaniem podawania gruczołu tarczowego przy otyłości są pewne zmiany skóry i dziedziczności. Falta słusznie twierdzi, że gruczoł tarczowy ma wpływ na rozrost kości.

Kol. Fr. Zakrzewski: Zdaje się istnieć łączność gruczołów płciowych z tarczycą. U kobiet po zaniku jajników widuje się nadmierne tycie. Często mężczyźni, a także i kobiety otyłe nadmiernie, są niepłodne. Przy stosowaniu gruczołu tarczowego należy kontrolować wagę chorego.

Kol. Karwowski wspomina, że właśnie pierwszy przetwór organoterapeutyczny, t. j. spermina Brown-Secquarda, zawiódł oczekiwania pod względem działania na siłą płciową. Natomiast jest ten przetwór bardzo dobrym środkiem podniecającym w wycieńczeniach ostrych.

Kol. Łazarewicz podnosi zasługi Prof. Popielskiego, który przeprowadził bardzo mozolne badania na ten temat i stwierdził, że działanie hormonów nie jest swoiste, lecz że działają one w najróżniejszych kierunkach. Mowca wygłosi osobny referat na temat prac Popielskiego, do którego obejmuje koreferat kol. Dziembowski.

Kol. Święcicki podnosi ważność pracy Popielskiego. Niemcy chętnie ignorują polskie prace. Dopiero Włoch Luciani podniósł np. zasługi Prof. Cybulskiego. Mowca wspomina o pracy Bigla o wewnętrznem wydzielaniu oraz o rozprawie Fellnera, który postawił tezę, że macica wydziela pewien sok podrażniający jajniki, który znów oddziaływają miesiączkowaniem, by się pozbyć tego jadu. Mossini twierdzi, że rzucawka (eclampsia) polega na niedorozwoju gruczołu tarczowego. Vassale podawał przy rzucawce wyciągi gruczołu tarczowego i miał dobre wyniki. Łożysko wydziela tzw. syncytyolizynę, która we krwi matki wywołuje powstawanie niweczników.

Kol. Łazarewicz: Co do rzucawki, to wykryto, że łożysko działa jak gruczoł, wydzielając różne fermenty. Z własnego doświadczenia może mowca potwierdzić, że gruczoł tarczowy, podawany wczas przy zagrażającej rzucawce, jest środkiem znakomitym. Adam Karwowski.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

Wydział lekarski.

XIII uroczyste posiedzenie naukowe poświęcone rodakom przybyłym na V. międzynarodowy Zjazd ginekologów d. 13 (26) września 1910 r.

Obecnych, oprócz licznych gości, 90 członków. Przewodniczy prezes Prof. O. Czeczott.

1) Prezes Prof. Dr O. Czeczott otwiera posiedzenie następującem powitaniem gości:

»Wielce szanowni Koledzy, goście nasi!«

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu zaszczycił mię zleceniem, by uroczyście powitać Was tutaj przybyłych.

Związek nasz, acz zaledwie rok trzeci ma swego życia, jest jednak wynikiem dawnej dążności towarzystwa polskiego w Petersburgu do społecznego życia. Jeszcze w roku 1884, po długich staraniach Władzy kościelnej i wielu parafian, w dniu 10 stycznia została zatwierdzona przez władze rządowe Ustawa Towarzystwa Dobroczynności pod nazwą »Rzymsko-Katolickie Towarzystwo Dobroczynności przy Kościele św. Katarzyny«. Chociaż przy tej nazwie wszelkie oficyalne objawy życia tego »Towarzystwa« powinny były odbywać się w języku rosyjskim, jednak odtąd Towarzystwo polskie w Petersburgu wstąpiło już w historyczny okres swojej społecznej działalności i stosunkowo w krótkim czasie zaznaczyło się w szerokiem kole społecznego życia. Wielkie pole dla tej działalności przedstawiały choroby, najdotkliwiej ścigające biedniejsze warstwy naszego społeczeństwa między przybyłymi do stolicy Polakami, szukającymi tu na obczyźnie zarobku ciężką pracą. Owoż wśród członków Towarzystwa Dobroczynności utworzyło się »Koło lekarzy polskich«, którego działalność na początku była dobroczynno-lekarską. Towarzystwo Dobroczynności okazało wszelką życzliwość tym dążnościom i na zasadzie swej Ustawy podało szczegółową instrukcyę »Opieki lekarskiej«, co pozwoliło zorganizować »Koło lekarzy polskich« na drodze zupełnie legalnej. Chociaż głównem za-

daniem »Opieki lekarskiej« według podanej instrukcyi było tylko udzielanie bezpłatnej lekarskiej pomocy i opieki biednym chorym katolikom, jednak członkowie »Koła lekarzy polskich« wśród pilnej swej pracy względem tych biednych chorych czynili ciekawe spostrzeżenia, a te wywoływały potrzebę wspólnego ich omówienia; lekarze zbierali się dla rozpraw nad tymi przypadkami. Rychło przekonano się o wielkiej potrzebie własnego szpitala, swojej kliniki, »pracowni«, i w tym kierunku »Koło lekarzy polskich« rozpoczęło też swoje starania. Praca więc zwiększała się, liczba członków koła również wzrastała i wielu najwybitniejszych lekarzy polskich współdziałało w pracach »Koła«, jak to wreszcie można widzieć ze sprawozdań jego, ogłoszonych drukiem w »Przeglądzie lekarskim« w Krakowie. Tak więc, chociaż wśród trudnych warunków, szerzyła się i rozwijała się, nietylko praktyczna, ale i naukowa działalność »Koła lekarzy polskich«.

Potem, gdy nastały inne czasy, powiały inne prądy, »Koło lekarzy polskich« mogło już przeistoczyć się w samodzielne Stowarzyszenie. Tu, w swoim nowym rozwoju, »Koło« odczuło potrzebę nowych środków dla szerszej pracy, a więc pracy powołującej do wspólnego działania szersze koła inteligentnych warstw petersburskiej kolonii polskiej. Ztąd powstało zjednoczenie licznych przedstawicieli przyrodoznawstwa z »Kołem lekarzy polskich« i w dniu 15 maja 1907 został urzędownie uznany »Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu«, a 13 (31) stycznia 1908 Walne Zgromadzenie organizacyjne otwarło jego działalność. Myśl zrzeszenia się, przyświecająca przy utworzeniu Związku, oczywiście była myślą wielu Polaków, których zajęcia miały pewien stosunek do przyrodoznawstwa, w szerokiem znaczeniu; otóż bardzo rychło utworzył się w Związku »Wydział farmaceutyczny« dalej »Wydział odontologiczny«, niedawno zorganizował się »Wydział stosowanego przyrodoznawstwa« — techniczny.

W taki sposób »Związek polski lekarzy i przyrodników« przedstawia teraz wielką część inteligencyi polskiej w Petersburgu, jest stowarzyszeniem legalnie uznanem, korzysta ze wszystkich prerogatyw takiego bytu i dzisiaj ma zaszczyt przyjmować Was u siebie, przybyłych tu, rodaków naszych, z Królestwa, Litwy, Rusi, Ukrainy, z Galicyi i z Poznania. A więc jeszcze raz, w imieniu naszego Związku, witam Was, jako drogich naszych gości, kończąc staropolskiem »Gość w Dom — Bóg w Dom!«

2) Dr Franciszek Neugebauer (Warszawa) dziękuje za powitanie w imieniu przybyłych rodaków, poczem wygłasza rzecz p. t.: **O równoczesnej ciąży macicznej i pozamacicznej.**

3) Prof. J. Ziemacki w kilku słowach charakteryzuje działalność i rozwój »Koła lekarskiego« i wspominając jego założycieli, wita jednego z nich, Dra Maczewskiego, obecnego na posiedzeniu. Następnie wygłasza odczyt p. t.: **Hypoteza o powstawaniu ropni opadowych przy gruźlicy chirurgicznej.** (Odczyt ma być powtórzony na mającym się odbyć za kilka dni Zjeździe chirurgów polskich w Warszawie).

4) Prof. St. Zaleski, przechodząc do następnego punktu porządku dziennego (wymiana zdań w sprawie organizacyi przyszłych Zjazdów międzynarodowych), zaznacza, iż skorzystać należy z tak licznego zgromadzenia, aby rozpocząć sprawę uzyskania na każdym międzynarodowym Zjeździe stałych komitetów polskich, co po raz pierwszy nastąpiło na obecnym V. międzynarodowym Zjeździe ginekologów w Petersburgu. W tym kierunku na wniosek prezesa stałego Komitetu słowiańskiego, Prof. Wicherkiewicza (z Krakowa) odbyły się już obrady w »Związku«. Na podstawie tych obrad przedstawia mówca rezolucyę następującej treści: »Przyjmując za punkt wyjścia urzeczywistnienie na obecnym V. Zjeździe międzynarodowym położniczo-ginekologicznym dawnych dążeń naszych stowarzyszeń naukowych co do utworzenia na Zjazdach międzynarodowych osobnych komitetów polskich, dołożyć należy wszelkich starań, aby komitety te były odtąd instytucyą stałą na następnych Zjazdach«.

W dyskusyi nad wnioskiem Prof. St. Zaleskiego uczestniczyli:

Dr Jaworski (Warszawa) nadmienia, że poruszona sprawa jest nader skomplikowana i że właściwie istnieje już faktycznie stały komitet polski pod przewodnictwem Prof. Wicherkiewicza, zajmujący się specyalnie sprawą wprowadzenia na Zjazdy międzynarodowe lekarskie stałych komitetów polskich. Dr Jaworski pracuje również w tym kierunku i wydał w tej sprawie broszurę, którą nadeśle »Związkowi«. Co do rezolucyi, wniesionej przez Prof. St. Zaleskiego, to uważa ją za rzecz na dobie i zaleca ją poprzeć jak najgoręcej.

Dr Kaufmann (Łódź) zaznacza brak wprawy w komitecie, który nawet nie okazał się łącznikiem dla wzajemnego zapoznania się kolegów-rodaków, i tylko dzięki »Związkowi polskiemu lekarzy i przyrodników w Petersburgu« zbliżyliśmy się do siebie. Na przyszłych Zjazdach międzynarodowych (najbliżej za parę lat w Berlinie) wtedy tylko będą się liczyć z nami, jeżeli zorganizujemy się i zaważymy powagą naukową (szczególnie tyczy się to Niemiec). Nie zarzucając więc nic już istniejącemu komitetowi, uważa mowca za drogę najskuteczniej wiodącą do celu jak najliczniejsze przedstawianie na Zjazdy międzynarodowe referatów polskich, któreby przechodziły przez komitet.

Dr Jaworski (Warszawa) podkreśla, że 5 lat napróżno walczyliśmy o komitet i że dopiero niedawno powiodło się go uzyskać i zorganizować, a więc nie można winić komitetu co do pewnych braków.

Prof. St. Zaleski zaznacza, że dotychczas na żadnym Zjeździe międzynarodowym nie było jeszcze polskiego komitetu, choć się o to wielokrotnie starano, na obecnym zaś Zjeździe widzimy taki komitet na równi z komitetem czeskim i chorwackim, co zawdzięczać należy głównie wpływom Prof. D. Otta. Taki precedens należy bezwarunkowo wyzyskać na przyszłość.

Wniosek Prof. St. Zaleskiego jednomyślnie przyjęto, poczem prezes »Związku« Prof. Dr O. Czeczott nadmienił, że biuro »Związku« uchwałę tę zakomunikuje innym stowarzyszeniom polskim, a także Komitetowi pod przewodnictwem Prof. Wicherkiewicza.

Prof. Dr Kader (Kraków), biorąc za punkt wyjścia swoje dawne stosunki, jakie go łączyły i łączą z Prof. J. Ziemackim, podnosi w dłuższem i gorącem przemówieniu zasługi »Związku polskiego«, jako krzewiciela wiedzy i nauki na niwie ojczystej w dalekim od Polski kraju i wypowiada gorące życzenie, aby Związek i nadal pracował i działał równie skutecznie i pod kierownictwem obecnego prezesa wielce zasłużonego Prof. O. Czeczotta.

Prezes »Związku« Prof. O. Czeczott, zamykając posiedzenie naukowe, jeszcze raz dziękuje obecnym gościom za tak liczne przybycie i zaprasza ich w imieniu »Związku« na wydaną na ich cześć ucztę koleżeńską.

Sekretarz: Doc. Dr Sowiński.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

63. Ogólne Zebranie w dniu 17. grudnia 1910

I. Na przewodniczącego Zebrania wybrany kol. Fidler.

II. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego Zebrania.

III. Kol. Przewodniczący otworzył dyskusyę nad odezwą komitetu organizacyjnego Towarzystwa lekarskiego łódzkiego z dnia 25. listopada 1910 w sprawie Zjazdu lekarzy prowincyonalnych w lecie 1911 roku. W myśl odezwy komitetu zarządził głosowanie na członków podkomitetu zjazdowego radomskiego. Po przeliczeniu głosów okazało się, że do składu podkomitetu weszli: Henryk Fidler, Józef Pełczyński i Antoni Szczepaniak, przyczem upoważniono podkomitet radomski do zwrócenia się do komitetu orga-

nizacyjnego z zapytaniem, czy może być wprowadzona na Zjazd »Sprawa organizacyi zawodowej lekarzy«.

IV. Kol. Przychodzki zwrócił się do Towarzystwa, że słyszał o utworzeniu ambulatoryum żydowskiego w Radomiu, wobec czego mniema, że pożądanemby było, aby koledzy bez porozumienia się z Towarzystwem lekarskiem nie wchodzili w żadne porozumienie z założycielami wspomnianego ambulatoryum.

Kol. Cung, Finkelsztajn i Kołodner oświadczyli, że była wprawdzie myśl utworzenia ambulatoryum żydowskiego w Radomiu, ale, jak słyszeli, sprawa ta została odłożona ad acta.

V. Kol. Przewodniczący otworzył dyskusyę nad mianowaniem członkami honorowymi Towarzystwa profesorów: Napoleona Cybulskiego z Krakowa i Ludwika Rydygiera ze Lwowa. Jednogłośnie projekt ten przyjęto i upoważniono Zarząd do zredagowania odpowiednich dyplomów.

VI. Józef Wojczyński, lekarz weterynaryi i zarządzający pracownią bakteryologiczną gubernialną, odczytał swą pracę pod tytułem: **Wyniki badania bakteryologicznego wód studziennych w Radomiu i wpływ roztworów różnej koncentracyi kwaśnego siarczanu sodu** ($NaHSO_4$ Natr. bisulfuricum) **na bakterye cholery, tyfusu brzusznego i inne, przebywające w wodzie** z (demonstracyą preparatów).

Niema wogóle na powierzchni ziemi wody, nie zawierającej bakteryi. Wodą, w której ich niema, jest jedynie ta, która jest czerpana z głębokich pokładów ziemi i przytem oddzielonych od powierzchni warstwami, stanowiącemi dobry filtr naturalny dla drobnoustrojów. W każdym razie i ta woda tylko wyjątkowo dosięga powierzchni, nie zawierając w sobie drobnoustrojów, ponieważ zawsze jest możebne jej zakażenie zapomocą przyrządów do czerpania. Ilość zarodków może być w danym wypadku bardzo znaczna, lecz nizka ciepłota czystej wody i niedostateczna ilość spożywczego materyału stanowi ważną przeszkodę dla rozwoju drobnoustrojów, przeto przy dostatecznem wypompowaniu wody ilość bakteryi może się zmniejszyć do minimum. W wodzie, branej z warstw głębokich, mogą pozostać tylko najniewybredniejsze gatunki drobnoustrojów, i to w małej ilości.

Badanie bakteryologiczne wody w tych wypadkach, gdzie wodociągi są zaopatrywane w wodę z głębokich warstw ziemi, robione od czasu do czasu, będzie wystarczającem, ponieważ idzie tu tylko o przekonanie się, czy nie zmieniła się jakość wody z tej lub innej przyczyny pod względem bakteryologicznym. Na odwrót wszelkie zbiorniki wody na powierzchni ziemi są stosunkowo bogate w drobnoustroje, ponieważ zarodki ich mają stałą możność przedostawania się do wody. Woda, czerpana z powierzchni ziemi, może przeto zawierać i zarodki chorób zakaźnych i wywoływać epidemie, jeżeli nie będzie oczyszczona przez filtry. Badanie bakteryologiczne wody po miastach, które mają w wodociągach wodę z rzek lub jezior, ma na celu przekonanie się o działalności filtrów, określając ilość drobnoustrojów w wodzie filtrowanej, czystej. Jeżeli w niej jest mało bakteryi, w wodzie zaś nie filtrowanej, wziętej z rzek lub jezior jest wielka obfitość zarodków drobnoustrojowych, to filtry są dobre. W przeciwnym razie filtry nie odpowiadają swemu przeznaczeniu i powinny być jak najspieszniej usunięte. Rzecz prosta, że badanie wody bakteryologiczne codziennie z każdego filtra byłoby najodpowiedniejszem, w praktyce jednak nie daje się wykonać z łatwością. W każdym razie po miastach ze wzorowo urządzoną organizacyą sanitarną starają się, o ile to jest możebnem, zadośćuczynić temu wymaganiu, szczególniej, jeżeli jest spodziewany wybuch jakiejś epidemii. O ile łatwo określić cel badania bakteryologicznego wody w miastach z kanalizacyą i wodociągami, o tyle trudno wybrać wskaźnik, na czem powinno polegać badanie bakteryologiczne wody w miastach, nie posiadających wodociągów, a zaopatrywanych w wodę ze studzien, znajdujących się w podwórzach domów Określenie, czy pewna woda jest czystą jedynie z punktu bakteryologicznego jest bardzo trudne, ponieważ nie posiadamy żadnej stałej miary, którąbyśmy mogli zastosować przy ocenianiu wyników badania.

Ile woda powinna zawierać zarodków, aby być uznaną za nieczystą? Lub jaka ilość różnych rodzajów drobnoustrojów wskazuje, że daną wodę zanieczyszczają brudne dopływy? Jeżelibyśmy podali pewne liczby, to one będą dowolne i niczem nieuzasadnione. Ze sprawą tą spotkałem się, badając wodę studzienną w Radomiu pod względem bakteryologicznym. Że woda radomska wogóle nie może być czysta, to można było powiedzieć: »a priori«. Ciasne podwórza, w których miejsca ustępowe, zlewy i niezbyt głębokie studnie znajdują się blizko jedne drugich, przedstawiają wszystkie warunki, sprzyjające przedostaniu się drobnoustrojów chorobotwórczych wraz z wodą ściekową, bądź z powierzchni, bądź przez warstwy niżej położone. W każdym razie, bez względu nawet na złe warunki higieniczne, jakość wody z tych studzien nie może być jednakową pod względem bakteryologicznym.

Aby wykazać tę różnicę i na tej zasadzie dojść do wniosku, czy woda z tej lub owej studni może być przy pewnych okolicznościach ogniskiem zarazy, starałem się określić taki drobnoustrój, któryby mógł być wskaźnikiem pod tym względem. Za taki wskaźnik uważam prątka okrężnicy (bac. coli), którego obecność w wodzie oznacza zanieczyszczenie jej przez brudne dopływy, gdyż w czystej wodzie nie znajdujemy nigdy tego drobnoustroju.

Z inicyatywy Dra Pełczyńskiego przystąpiłem do badania bakteryologicznego wody studzien radomskich w lipcu 1910 roku. Do 1. grudnia tegoż roku zbadałem 35 studzien w różnych dzielnicach miasta. Metoda, stosowana przezemnie dla wydzielania przebywających w wodzie drobnoustrojów, była następująca: Wodę, wziętą ze studni, mieszałem w ilości 1,0; 0,1; 0,01 sześc. cm. w probówkach z żelatyną i po dokładnem zmieszaniu wylewałem na spodki Petriego. Oprócz tego robiłem także zasiewy wody w ilości $(^1/_{10})$, $(^1/_{10})^3$, $(^1/_{10})^5$ i $(^1/_{10})^7$ cm. sześc. do probówek z bulionem. Na agar Conradi-Drygalskiego zasiewałem 10 sześc. cm wody. Codziennie robiłem przegląd kolonii, otrzymanych na żelatynie przy małem powiększeniu (30 razy), oraz preparaty drobnowidowe drobnoustrojów, które wyrastały na bulionie i na agarze. Kolonie drobnoustrojów, godne większej uwagi, przesiewałem z żelatyny do probówek z agarem. To samo robiłem i z bakteryami, wyrastającemi w bulionie i na agarze Conradi-Drygalskiego. Przy określaniu ilości drobnoustrojów w 1 ctm. sześc. wody brałem pod uwagę ilość kolonii, otrzymanych na żelatynie. Jeżeli na spodku z żelatyną, do której dodano 0,1 cm sześc. wody, po upływie 7—8 dni pokazało się n. p. 50 kolonii, to przyjmowałem za ilość drobnoustrojów w jednym cm sześc. badanej wody liczbę 10 razy większą, t. j. 500. Jeżeli zauważyłem zmętnienie bulionu w probówce, do której dodano 0,001 cm. sześc. wody, a w probówce z wysiewem $(^1/_{10})^5$ cm. sześc. wody zmętnienia nie było, to za ilość drobnoustrojów w 1 cm. sześc. badanej wody przyjmowałem liczbę do 10,000 zarodków. Agar Conradi-Drygalskiego służył za podłoże dla określenia, czy w badanej wodzie niema bakteryi tyfusu, grupy paratyfusowej, oraz prątka okrężnicy. Przeprowadziwszy w taki sposób badania wody z 35 studzien i porównując ich wyniki, doszedłem do przekonania, że w wodzie ze studzien, które nie są zanieczyszczone przez brudne dopływy, niema prątka okrężnicy, lecz że w wodzie z takich studzien jest niewiele gatunków innych czysto wodnych drobnoustrojów. Liczba ich nie przekraczała 3—4. Gatunki te należały prawie zawsze do grupy mikrokokków i rzadko kiedy do laseczników. Kolonie obydwóch tych gatunków miały zawsze na żelatynie białą barwę. Laseczniki peptonizowały żelatynę i to bardzo prędko, mikrokokki zaś nie posiadały tej własności. Ilość bakteryi w studniach z czystą wodą dosięgała nie więcej, jak 100 zarodków w 1 cm. sześc. wody,

tak w zimie, jak i w lecie. Z 35 studzien, zbadanych przezemnie, okazało się tylko 15 takich, które posiadają czystą wodę i nie są zanieczyszczone przez brudne dopływy. W 20 studniach, t. j. w 57%, znalazłem prątki okrężnicy i to w znacznej ilości. We wszystkich 20 przypadkach udało mi się otrzymać czystą hodowlę prątka okrężnicy i przesiewając ją na zwyczajny agar, żelatynę i podłoże Conradi-Drygalskiego, przekonałem się, że wyżej wspomniany lasecznik tak drobnowidowo, jak i pod względem rozwoju na różnych podłożach nie różnił się niczem od typowego prątka okrężnicy, przebywającego zwykle w kiszkach człowieka. W 20 studniach z prątkiem okrężnicy znajdowałem zawsze nadzwyczajną obfitość różnych gatunków bakteryi wodnych. W niektórych z tych studzien ilość gatunków dosięgała do 20, należących do rodzin »coccaceae, bacteriaceae et spirillaceae«. W studniach z wodą nieczystą ilość zarodków bakteryi w 1 cm. sześc. wody okazała się w lecie nieskończenie wielką, zimową zaś porą do 1000. Dane te wskazują, że w takich studniach znajduje się dostateczna ilość materyału spożywczego, sprzyjającego rozwojowi bakteryi, a także i to, że ciepłota wody zmienia się w szerokich granicach wraz z ciepłotą powietrza. Ponieważ w dobrze urządzonych i głębokich studniach ciepłota wody, tak w lecie, jak i w zimie powinna podlegać niewielkim zmianom, to jedna ta okoliczność oznacza bez wątpienia, że 20 studzien z nieczystą wodą są płytkie i źle zabezpieczone od wpływów zewnętrznych. Z wyjątkiem 15 studzien po większej części arteryjskich, w których okazała się woda czysta, wszystkie inne w liczbie 20 nie odpowiadają swemu przeznaczeniu. Wogóle w badanej wodzie znalazłem do 50 różnych gatunków drobnoustrojów, z nich udało mi się do obecnej chwili otrzymać czyste hodowle 17 gatunków. Między drobnoustrojami, znalezionymi w wodzie radomskiej, niektóre wydzielają barwniki żółty, pomarańczowy, różowy i fioletowy.

(Dok. nast.).

Korespondencye.

Petersburg, w Styczniu 1911.

Dnia 9. (22) stycznia ukończyła się w Petersburgu I konferencya w sprawie bakteryologii, epidemiologii i w sprawie trądu. Konferencya obradowała 7 dni. Wobec czasu rekreacyjnego zjechało się wielu przedstawicieli nauki z różnych miast uniwersyteckich Rosyi, jak również sfera lekarzy ziemskich, dla których walka z chorobami zakaźnemi jest najpoważniejszą działalnością zawodową.

Konferencya podzieliła swe prace na 3 wydziały: wydział bakteryologiczny, wydział epidemiologiczny i wydział dla sprawy trądu. Prócz tego sprawy, mające znaczenie ogólne, rozpatrywano na ogólnych posiedzeniach wszystkich wydziałów. Z takich spraw ogólnych największe zajęcie wzbudziły: sprawa duru wysypkowego z punktu bakteryologicznego, sprawa leczenia surowicą błonicy, sprawa stosowania szczepionek przy płonicy. Dalej, obradowano nad surowicami leczniczemi wogóle, nad ich stosowaniem, a w tej ostatniej sprawie był głównym referentem nasz rodak, dr chemii p. Szymon Dzierzgowski, który poruszył też sprawę kontroli państwowej nad surowicami leczniczemi wogóle. Na ogólnych posiedzeniach rozprawiano również o cholerze, dżumie, gruźlicy i o walce z temi klęskami. W sekcyi bakteryologicznej główną uwagę zwróciły sprawy fagocytozy i opsoninów, odczyn Wassermanna wzbudził małe już zajęcie; jeden odczyt dotyczył surowiczej anafilaksyi. Lekarze ziemscy bardzo gorąco popierali sprawę urządzenia stacyi i instytutów bakteryologicznych w Rosyi.

W sekcyi epidemiologicznej rozpatrywano sprawę oczyszczania wody ściekającej z fabryk, współczesny stan i organizacyę przytułków przez ziemstwa, miasta i koleje żelazne dla chorych zakaźnych podczas epidemii, omawiano sprawę chorób zakaźnych w szkołach i sprawę organizacyi dozoru nad środkami spożywczymi. W tej ostatniej sprawie konferencya doszła do przekonania, iż aby zapobiedz fałszowaniu środków spożywczych, należy wydać nową ustawę, nakładającą na fałszerzy znacznie sroższą odpowiedzialność niż obecnie. Wydział w sprawie trądu prócz strony doświadczalno-bakteryologicznej (przedstawiono czystą hodowlę lasecznika Hansena) zajmował się sprawą ścisłego rejestrowania chorych, odosobniania ich, współczesnym stanem walki z trądem i sprawą leprozoryów (przytulisk) w gub. Liflandzkiej, w okolicy kubańskiej, w Astrachaniu i w kraju Wojska Dońskiego. Z rozpraw wynikło, iż według urzędowych danych było w r. 1908 w całej Rosyi trędowatych zarejestrowanych 1600, według zaś obliczeń lekarzy należy przypuszczać, iż w rzeczywistości liczba ta jest znacznie większa, wynosi około 5000. W Rosyi istnieją 22 leprozorya i kilka przytulisk podrzędnych; w leprozoryach utrzymanie jednego chorego kosztuje średnio 300 rs. na rok. Najlepszą organizacyą wewnętrzną odznaczają się leprozorya w gub. liflandzkiej, gdzie najwięcej jest trędowatych (w północnej części); w innych miejscach leprozorya znajdują się w nader opłakanym stanie. Sekcya uchwaliła rezolucyę, która niewiele różni się od rezolucyi uchwalonych w Bergen (w Norwegii), dodając, iż w walce z trądem należy główną uwagę zwrócić na dostateczną ilość przytulisk i na racyonalne wypracowanie sposobów rejestrowania każdego chorego. Na uwagę zasługują rezolucye w sprawie walki z cholerą, dżumą, gruźlicą i zimnicą. Konferencya wyraziła zdanie, iż do tej walki należy powołać siły społeczne, gdyż one tylko zdołają zapobiedz szerzeniu się zarazy. Co do dżumy, to należy zwrócić baczną uwagę na Odessę, gub. astrachańską i Mandżuryę. Walka powinna polegać na szerokiej organizacyi pomocy lekarskiej i na odpowiednio urządzonej izolacyi i ewakuacyi tak chorych jako też osób, które były w zetknięciu z chorymi. Aby zapobiedz zawleczeniu dżumy do Rosyi europejskiej, należy stworzyć sieć punktów lekarsko-obserwacyjnych, zwiększyć dozór lekarski na kolejach żelaznych w Syberyi i urządzać osobne stacye epidemiczne w Mandżuryi i Zabajkalu. Prócz tego podniesiono szereg punktów ogólno-higienicznego i kulturalnego charakteru.

Zimnicę uznała konferencya za klęskę społeczną wobec znacznego szerzenia się jej na Kaukazie i w całej okolicy rzeki Wołgi. Wśród innych punktów uchwalono, iż należy znieść cło od przetworów chininy i zaopatrzyć w te przetwory »larga manu« miejscowości, dotknięte zimnicą.

Należy zaznaczyć, iż organizacya Konferencyi była wogóle słaba; zaproszenia były późno rozesłane, na posiedzeniach sekcyi brakło porządku, ponieważ program pierwotny podlegał kilkakrotnym zmianom w ciągu jednego i tegoż samego dnia, co wywoływało często zawód wśród słuchaczy. Pod względem naukowym Konferencya wypadła również dość słabo; dużo odczytów było prawie powtórzeniem tego, co już słyszano na ostatnim Zjeździe im. Pirogowa (kwiecień 1910 r.). Z góry można było to przewidzieć wobec tego, iż zaledwie temu 8 miesięcy odbył się Zjazd im. Pirogowa, a 2 tygodnie temu Zjazd Terapeutów rosyjskich.

Po przyjęciu rozolucyi zabrał głos przewodniczący rodak nasz Prof. Wysokowicz (z Kijowa), wyjaśnił znaczenie Konferencyi, zaproponował, by posłać telegram Prof. Miecznikowowi, jako nauczycielowi wielu z obecnych i wyraził nadzieję, że takie konferencye bakteryologów i higienistów będą początkiem przyszłych Zjazdów bakteryologiczno-higienicznych.

Sz.

† Dr Bolesław Skórczewski.

Z szeregu balneologów polskich ubył jeden z najstarszych i najpoważniejszych, wytrawny znawca zdrojownictwa, zwłaszcza galicyjskiego, jego stanu i potrzeb.

Urodzony 13 czerwca 1848 w Krakowie, tam też przebył szkoły średnie i studya lekarskie i uzyskał dyplom doktorski w r. 1876. Po podróży naukowej do ważniejszych zdrojowisk europejskich poświęcił się odrazu balneologii, latem w Krynicy, zimą oddając się pracy naukowej i piśmienniczej.

W Krynicy stworzył wzorowo prowadzony Zakład dyetetyczno-leczniczy, wyrabiając mu przez troskliwe i skrupulatne kierownictwo, którem się do ostatnich lat życia zajmował, zasłużone uznanie. Owocem pracy miesięcy zimowych był liczny poczet badań oryginalnych, przeglądów krytycznych i rozpraw, ogłaszanych w »Rozprawach i sprawozdaniach Wydziału matematyczno-przyrodniczego Akademii Umiejętności«, w »Pamiętniku Towarzystwa lekarskiego warszawskiego«, w »Medycynie«, »Zdrowiu«, a najczęściej w »Przeglądzie lekarskim«. Z nich wspomnieć należy przedewszystkiem o badaniach nad wpływem prądu przerywanego na śledzionę (1875), nad wpływem ciepłoty wód lekarskich na chyżość ich chłonienia w przewodzie pokarmowym (1877), nad związkiem między chłonieniem wód lekarskich a wydzielaniem moczu (1877), nad zachowaniem się tętnic i żył pod wpływem strumienia gazu kwasu węglowego (1878), nad oznaczaniem ilości krwi i ciałek krwi u ludzi w celach klinicznych (1877); z zakresu czysto klinicznego ogłosił rozprawy o zwątleniu (atonii) żołądka i jelit (1878), o bolach głowy (1881), o niektórych postaciach uporczywych biegunek (1881), o nerce wędrującej (1882), o niektórych zaburzeniach powstałych pod wpływem zimnicy (1882), o nerwowem kołataniu serca (1886), o nerwicach narządu moczowopłciowego (1885—1886), kilka przeglądów krytycznych (o białaczce, o porażaniu opuszkowem postępującem), oraz szereg spostrzeżeń kazuistycznych. Większość tych prac klinicznych poruszała zarazem zagadnienia balneoterapeutyczne; obok nich pozostawił prace wyłącznie balneologiczne (O kąpielach borowinowych 1879, Listy balneologiczne 1878, Kartki z wycieczek balneologicznych 1879), liczne artykuły, dotyczące Krynicy i innych zdrojowisk, (poczęści z dziedziny nielekarskiej), oraz dziełka popularne (Dyetetyka kąpielowa 1880, Przewodnik dla chorych udających się do Krynicy 1883). Wreszcie po dłuższej przerwie zebrał jeszcze pod koniec uwagi o zdrojowiskach galicyjskich, ich brakach i potrzebach (Przegląd lekarski 1904), — jako owoc doświadczeń i spostrzeżeń, gromadzonych w ciągu pracowitego swego żywota. Wiele z tych uwag było punktem wyjścia postulatów, podnoszonych i dziś jeszcze przez naszych balneologów.

Zacnością charakteru zdobywał sobie szacunek, a dobrocią i pogodą usposobienia wielu jednał przyjaciół, chociaż w sądach swoich nie oglądał się na względy uboczne i wypowiadał je otwarcie i stanowczo, jeśli za słuszne uważał. Nie dobijając się o zaszczyty, raczej od nich uchylając, szedł prostą drogą sumiennie pełnionego obowiązku i pracy, w nich i w szlachetnych estetycznych zamiłowaniach znajdując zadowolenie i nagrodę.

Spokój Jego popiołom! C.

Wiadomości bieżące.

Dzięki uprzejmości »Gazety lekarskiej« mają prenumeratorowie naszego pisma jeszcze i w roku bieżącym (1911) prawo do otrzymywania »Przeglądu pedyatrycznego«, wydawanego przy »Gazecie lekarskiej« za połowę ceny prenumeracyjnej, jednakże nie 2 rb. = 5 k., ale **2·40 rb. = 6 (sześć) kor.** Zamówienia na »Przegląd pedyatryczny« zechcą czytelnicy naszego pisma skierowywać do naszej Administracyi (Kraków, Dunajewskiego 2).

Kraków. »Związek lekarzy rządowych w Galicyi« odbędzie w dniu 17. i 18. lutego 1911 we Lwowie (w Instytucie technologicznym Izby handlowej) Walne Zgromadzenie, którego program oprócz przedmiotów administracyjnych i sprawy Zjazdu lekarzy rządowych z całej Austryi w r. 1912 w Galicyi, obejmuje następujące wykłady i referaty: 1) Prof. Dr A. Jurasz: Nowsze poglądy o twardzieli nosa. 2) Dr Dolnicki: O molu mącznym w młynach i sposobach jego tępienia. 3) Dr Sękiewicz: O akuszerkach i pomocy położniczej w gminach wiejskich. 4) Dr Z. Lachowicz: Uwagi i wnioski w sprawie zmiany taryfy za czynności sądowo-lekarskie. 5) Prof. Dr W. Łukasiewicz: »606« Ehrlicha z przedstawieniem chorych. 6) Dr Janikiewicz: Kilka uwag o przebiegu tyfusu brzusznego i plamistego. 7) Dr Eisenberg: O roznosicielach chorób zakaźnych. 8) Dr Czyżewicz: Lekarze rządowi, a prywatna praktyka. (Wnioski Wydziału Związku państwowego).

— Dyplom doktorski uzyskali w Krakowie pp. Sławoj Składkowski, rodem z Gombina i Bolesław Salak z Żukowa w Królestwie Polskiem.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 22. I. do 28. I. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 13 † 3 (w tem obcych 6 † 2), krztuśca 5 † 1, ospy wietrznej 1, płonicy 7 † — (2 † —), odry 31 † 1 (1 † —), gorączki połogowej 2, róży 3 † 3 (1 † 1).

Dr Janiszewski.

Warszawa. Budżet szpitali miejskich na r. 1911 wynosi 915.396 rb. dochodów i 2,122.470 rb. wydatków. Przewyżka wydatków wynosząca 1,207.074 rb. będzie pokryta z sum miejskich.

— Na zebraniu organizacyjnem »Stowarzyszenia lekarzy warszawskich« w dn. 26. I. 1911 zostali do zarządu wybrani Drowie: Szumlański, H. Nusbaum, Reutt, Winiarski, A. Przyborowski, Męczkowski, Rzętkowski, Józef Jaworski, Chełchowski, Guranowski, Korybut-Daszkiewicz i Zwejgbaum; na zastępców Drowie: Józef Zawadzki, Jakimiak, Wł. Stankiewicz, Wisłocki, L. Babiński i A. A. Puławski.

— Dr Józef Zawadzki podnosi w »Medycynie i Kronice lekarskiej« (Nr 4) potrzebę opracowania dziejów polskich czasopism lekarskich w ostatniem pięćdziesięcioleciu.

— Dr H. Dobrzycki przeznaczył ze złożonego na jego ręce funduszu jubileuszowego, wynoszącego 1000 rb., po 500 rb. na dwie nagrody za najlepsze prace balneologiczne.

— Nagrodę rb. 100 za najlepszy artykuł pedyatryczny (wykład kliniczny lub streszczenie zbiorowe), drukowany w ciągu r. 1911 w »Medycynie i Kronice lek.«, utworzył Dr W. Korybut-Daszkiewicz.

Z różnych stron. Porządek dzienny XV. ogólnego posiedzenia »Związku polskiego przyrodników i lekarzy w Petersburgu« w dn. 14/27. I. 1911 obejmował następujące wykłady: 1) Inż. Dr Szymon Dzierzgowski: »Odporność czynna przeciwko błonicy u zwierząt i człowieka«. 2) Doc. Dr Kazimierz Noiszewski: »Człowiek chory w życiu, nauce i sztuce«.

— Dnia 28. stycznia b. r. odbyło się naukowe posiedzenie sekcyi Stryjskiej Tow. lek. gal., w szpitalu powszechnym w Stryju. Obecnych było członków i gości lekarzy 23. Dr Lenartowicz, prymaryusz szpitala kraj. we Lwowie wygłosił znakomity referat, o dotychczasowych wynikach leczenia preparatem »606« (Salvarsan) podzielił się własnymi doświadczeniami, zdobytymi na swoim oddziale i przedstawił wstrzykiwania u dwóch chorych szpitalnych. Dr Turzański z Jarosławia mówił »O wynikach leczenia przymiotu w Iwoniczu«. 3) Następnie uczestnicy zwiedzili szpital, przyczem Dr Sołtysik okazywał ciekawsze wypadki chorobowe. 4) Wreszcie dokonano wyborów Zarządu w następującym składzie: Przewodniczący: Dr Wurst (Kałusz), zastępca przewodniczącego: Dr Michalski (Skole), sekretarz: Dr Sołtysik (Stryj), dwóch delegatów: Dr Dolnicki (Stryj), Dr Sołtysik (Stryj).

— »Wiener medizinische Wochenschrift«, tygodnik, cieszący się wielkiem wzięciem wśród lekarzy-praktyków niemieckich, rozpoczął w r. b. 61. rok wydawnictwa. Pismo to założył w r. 1851 Dr Wittelshöfer; w ostatniem dwudziestoleciu (1889—1909) prowadził je doskonale niedawno zmarły Dr Henryk Adler, obecnie zaś jest redaktorem Dr Adolf Kronfeld. Pod względem naukowym ma »Wiener medizinische Wochenschrift« w swojej historyi ładne karty, gdyż w niem ogłaszał m. i. Billroth pierwsze swe prace o wyłuszczeniu krtani, Moleschott o jodoformie itp. Godzi się wspomnieć, że w tym tygodniku wychodziły po niemiecku prace wielu autorów polskich.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w styczniu 1911.

Gazeta lekarska Nr 1—4. Nusbaum: Słowo wstępne. (1).— Pruszyński: O działaniu fizyologicznem jadu błoniczego. (1—2).— Biernacki: W sprawie rozpoznawania i patogenezy kamicy żółciowej. (1—2). — Janowski: Przypadek duru brzusznego z niezwykle ciężkiem zajęciem wątroby i dróg żółciowych. — Pawiński J.: Henri Huchard. (2). — Racinowski: O działaniu dioksydiamidoarsenobenzolu Ehrlicha-Hata w syfilisie. (2—4). — Erbrich: O zupełnem wyłuszczeniu migdałków podniebiennych. (3). — S. Kramsztyk: O ilości bakteryi w stolcach niemowląt. (4).

Medycyna i Kronika lek. Nr 1—4. Watraszewski: Spostrzeżenia nad działaniem dioksydiamidoarsenobenzolu w objawach przymiotu. (1). — Malinowski: Dalsze wyniki doświadczeń

z preparatem Ehrlicha »606« (1). — Kozerski: Znaki zapytania w sprawie stosowania arsenobenzolu. (1). — Eliasberg: Krytyczne uwagi w sprawie »606«. (1). — Bursche: O przepuklinie nadbrzusznej. (2—4). — Wajnert: Wartość i czułość porównawcza prób Webera i Teichmana. (3—4). — M. Biehler: O plamkach Koplika. (4).

Tygodnik lekarski Nr 1—4. Czernecki: Badania ilościowe nad kwasami oksyproteinowymi w cieczach surowiczych jam ciała oraz we krwi ludzi zdrowych i chorych. (1—3). — Zaremba: Wyniki osteoplastycznego pokrycia kikuta przy pojęciu podudzia sposobem Hafftera. (1). — Poczobut: O różnicy między ciepłotą wewnętrzną i zewnętrzną przy zapaleniu wyrostka robaczkowego. (1). — A. Wrzosek: Wykład wstępny z historyi medycyny, wygłoszony w Uniwers. Jag. 3. listopada 1910. (1).— M. Kaufmann: Logika i medycyna. (1). — Rosmarin: Kilka uwag o leczeniu czerwonki surowicą swoistą. (2). — Lateinerówna: Bakteryologiczne i histologiczne badania nad tak zwanym brodawkowo-łuseczkowym tuberkulidem osesków (3). — L. Rydygier: W sprawie pierwszeństwa co do podania objawu różnicy między ciepłotą wewnętrzną i zewnętrzną przy zapaleniu wyrostka robaczkowego. (3). — W. Ziembicki: O guzach przysadki mózgowej. (4). — Beck i Bikeles (dok. 4).

Nowiny lekarskie Nr 1. (poświęcony uczeniu 25-letniej działalności Dr Ignacego Zielewicza na stanowisku ordynatora szpitala Przemienienia Pańskiego): Kapuściński: Przemowa. — Zielewicz: Karol Marcinkowski jako chirurg. — Mieczkowski: Krótki rys postępów chirurgii od r. 1867 na tle prac Zielewicza. — Nowakowski: Postępy w leczeniu i rozpoznaniu zapalenia wyrostka robaczkowego. — Pomorski: Przeszczepienie kostne jako najnowszy zabieg chirurgiczny przy porażeniach dziecięcych. — Panieński: Obchód jubileuszowy 25-letniej pracy Zielewicza w Zakładzie Sióstr Miłosierdzia. — J. Rosenberg: Czy preparat Ehrlich-Hata 606 może mieć już dzisiaj zastosowanie w praktyce prywatnej?

Przegląd chirurgiczny i ginekologiczny Zeszyt I. Tom IV. M. W. Herman: Współczesna aseptyka i antyseptyka operacyjna. — Wł. Filipowicz: Odkażanie skóry w zabiegach operacyjnych zapomocą jodyny. — W. Chlumsky: O przegrzewaniu elektrycznem (diatermia). — L. Szuman: Wyniki operacyi doszczętnych przepukliny pachwinowej u małych dzieci, wykonanych w lecznicy własnej od początku r. 1898 do czerwca r. 1909. — Z. Monsiorski: Współistnienie różnych nowotworów w narządach płciowych kobiety. 5 spostrzeżeń własnych. — Fiedorowicz: Przyczynek do kazuistyki pierwotnej gruźlicy jajnika.

Postęp okulistyczny Nr 12. Rosenhauch: Zapalenie spojówki na tle dwoinek zapalenia płuc. — Garliński: Badanie dna ocznego zapo mocą przyrządu Bauma (oftalmofundoskop).

Zdrowie Nr 1. Michałowicz: Młodzież szkolna w okresie dojrzewania. — Inż. Bielski: W sprawie oczyszczania ścieków kanałowych przedmieścia Pragi sposobem biologicznym.

Kronika dentyst. Nr 1. Krakowski: Influenza jej wpływ dna jamę ustną.

Nasze Zdroje Nr 1—2. Gąsiorowski: Kilka uwagi na tema podniesienia ruchu turystycznego w kraju. — Bandrowski: Racyonalna i celowa reklama naszych zdrojowisk. — Praschil: Wytyczne szlaki balneologii nowoczesnej. — R. N. Z.: Furya hakaty zdrojowej. — Konwerski: Radyoczynność zdrojów wogóle a w Druskienikach w szczególności.

Głos lekarzy Nr 1—2. Mikołajski: 1) Działalność lekarzy w Radzie miejskiej i postęp sanitarny w m. Lwowie. 2) Krajowy Związek zdrojowisk i uzdrowisk. 3) Zatarg lekarzy z kasą chorych w Brodach. — Ankieta międzynarodowa w sprawie udziału lekarzy w pojedynku. — Uchwały Wiecu Izb lekarskich, odbytego w Bernie 25—26 listopada 1910.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 8. lutego 1911 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Dyskusya nad przypadkami, przedstawionymi na poprzedniem posiedzeniu. 2) Wykład Dr Blassberga: »Przetwór »606« w świetle chemoterapii Ehrlicha«.

Szczawa **Krondorfska** uznana za najlepszą i naturalną
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE

Najlepsze pióra do napełniania od 80 h do 20 K za sztukę
Ołówki do pisania na ciele
w różnych kolorach 131
Drukuje recepty w blokach i inne druki
Bilety litografowane i drukowane
Skład papieru — galanteryi — ksiąg handlowych
Z. Ziembicki Kraków Plac Maryacki 2
Wysyłka na prowincyę odwrotną pocztą.
Ceny niskie ale rzetelne. Ceny niskie ale rzetelne.

DLA RODZIN PP. LEKARZY
daje 6% rabatu
135
po potrąceniu cukru, mąki i soli
WOJCIECH OLSZOWSKI
W KRAKOWIE, MAŁY RYNEK, RÓG UL. SZPITALNEJ.
Za jakość i czystość towarów ręczy się.


Odznaczony 14 medalami rządowymi a więcej niż 200 pierwsz. nagrodami.

Założony w r. 1897 w Krakowie.
PIERWSZY GALICYJSKI ZAKŁAD „ORNIS" właśc. firmy: A. MUSIOŁEK, dostawca c. k. urz. państw. Sklep: **Kraków, ul. Sławkowska L. 16,** naprzeciw Grand Hotelu. — Hodowla rasowego ptactwa i psów: Poczta Dębniki, willa własna. — **Menażerya** w Parku Krakowskim otwarta dla Szan. P. T. Publiczości, posiadając przeszło 100 okazów zwierząt. — Zakład poleca po najniższych cenach: różne rasowe psy i drób, gołębie, króliki. Jaja do wylęgu. Oswojone małpki, angorakoty, gad, papugi, kolibry, śpiew. zagr. ptaki, złote rybki, żywność, sprzedaż żywej zwierzyny. Wypycha tanio ptaki i zwierzęta itd. — Największy i jedyny zawodowy Zakład tego rodzaju w całym kraju. — Bogato illustrowane cenniki bezpłatnie za nadesłaniem 5 hal. marki opłatnie. — 25-letnia fachowość, wielka ilość podziękowań. 130